

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1956

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Albert ALGAZI**

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 6<sup>e</sup> février 1927, à Marseille (Bouches-du-Rhône)

---

*Présentée et soutenue publiquement le*

195

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE HISTOLOGIQUE  
DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE  
DES TUMEURS ÉPITHÉLIALES PRIMITIVES  
DE LA VESSIE

---

Président : Mlle P. GAUTHIER-VILLARS, Professeur

---

PARIS  
IMPRIMERIE R. FOULON  
29, RUE DEPARCIEUX, 29  
1956

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillaïn, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lemierre, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Ombrédanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN . . . . . LÉON BINET

*Membre de l'Institut*

ASSEESSEUR . . . . . JEAN VERNE

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                                    |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Anatomie . . . . .                                                                 | CORDIER (G.)               |
| Anatomie pathologique . . . . .                                                    | DELARUE (A.)               |
| Bactériologie . . . . .                                                            | N...                       |
| Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux sports                            | CHAILLEY-BERT (P.)         |
| Biologie médicale . . . . .                                                        | VERNE (J.)                 |
| Cancérologie médicale et sociale . . . . .                                         | N...                       |
| Carcinologie . . . . .                                                             | OBERLING (C.)              |
| Chimie médicale . . . . .                                                          | JAYLE (M.-F.)              |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                                                  | BROCC (P.)                 |
|                                                                                    | DE GAUDART-D'ALLAINES (F.) |
|                                                                                    | N...                       |
|                                                                                    | QUÉNU (J.)                 |
| Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique . . . . .                        | MERLE D'AUBIGNÉ (R.)       |
| Clinique de cardiologie . . . . .                                                  | MOUQUIN (M.)               |
| Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie . . . . .                          | FÈVRE (M.)                 |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire . . . . .                                  | MONOD (R.)                 |
| Clinique de la tuberculose . . . . .                                               | BERNARD (Et.)              |
| Clinique de neuro-chirurgie . . . . .                                              | PETIT-DUTAILLIS (D.)       |
| Clinique de puériculture . . . . .                                                 | LELONG (M.)                |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .                          | DEGOS (R.)                 |
| Clinique des maladies du sang . . . . .                                            | CHEVALLIER (P.)            |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                                 | ALAJOUANINE (T.)           |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                                        | DEBRÉ (R.)                 |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                                       | MOLLARET (P.)              |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale . . . . .                         | DELAY (J.)                 |
| Clinique gynécologique . . . . .                                                   | FUNCK-BRENTANO (P.)        |
| Cliniques médicales . . . . .                                                      | N...                       |
|                                                                                    | N...                       |
|                                                                                    | MOREAU (R.)                |
|                                                                                    | DE GENNES (L.)             |
| Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique . . . . .                     | JUSTIN-BESANÇON (L.)       |
| Clinique médicale propédeutique . . . . .                                          | PASTEUR VALLÉRY-RADOT (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition . . . . . | BOULIN (R.)                |
| Cliniques obstétricales . . . . .                                                  | LANTUÉJOUL (P.)            |
|                                                                                    | N...                       |
|                                                                                    | LACOMME (M.)               |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                                 | VELTER (E.)                |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                                        | AUBIN (A.)                 |
| Clinique physio-pathol. des problèmes alimentaires . . . . .                       | RICHET (C.)                |
| Clinique psychiatrique infantile . . . . .                                         | HEUYER (C.)                |
| Clinique rhumatologique et sociale . . . . .                                       | COSTE (F.)                 |
| Clinique stomatologique . . . . .                                                  | DECHAUME (M.)              |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                                      | SÉNÈQUE (J.)               |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                                          | LEMAIRE (A.)               |
| Clinique urologique . . . . .                                                      | FÉY (B.)                   |

|                                                                                          | MM.              |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Embryologie . . . . .                                                                    | GIROUD (A.)      |
| Génétique médicale . . . . .                                                             | LAMY (M.)        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                                     | N...             |
| Histologie . . . . .                                                                     | N...             |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .                                     | CATHALA (J.)     |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .                                                 | JOANNON (C.)     |
| Médecine du Travail . . . . .                                                            | DESOILLE (H.)    |
| Médecine légale . . . . .                                                                | PIÉDELIEVRE (R.) |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .                                   | GALLIARD (H.)    |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                                        | MÉNÉGAUX (G.)    |
| Pathologie exotique . . . . .                                                            | LAVIER (G.)      |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                                           | LENÈGRE (J.)     |
| Pathologie humorale et immunologie expérimentale<br>(chaire à titre personnel) . . . . . | MERKLEN (F.-P.)  |
| Pathologie médicale . . . . .                                                            | BARIÉTY (M.)     |
| Pathologie et thérapeutiques générales . . . . .                                         | GARCIN (J.)      |
| Pédiatrie sociale . . . . .                                                              | MARIE (J.)       |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                                              | HAZARD (R.)      |
| Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel) . . . . .                             | DOGNON (A.)      |
| Physiologie . . . . .                                                                    | BINET (L.)       |
| Physique médicale . . . . .                                                              | STROHL (A.)      |
| Radiologie médicale . . . . .                                                            | DESGREZ (H.)     |
| Technique chirurgicale . . . . .                                                         | MOULONGUET (P.)  |
| Thérapeutique . . . . .                                                                  | TURPIN (R.)      |

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAÎTRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

|                                            | MM.                                                                              |                                       | MM.                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie . . . . .                         | { DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i><br>DEBEYRE (J.)<br>OLIVIER<br>N...               | Obstétrique . . . . .                 | { MORIN (P.)<br>RAVINA (J.)<br>N...<br>N...                                                                                                                     |
| Anatomie<br>pathologique . . . . .         | { GAUTHIER-VILLARD<br>(Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i><br>BUSSE (F.)<br>GOUYGOU (Ch.) | Ophthalmologie . . . . .              | { DESVIGNES (P.)<br>N...                                                                                                                                        |
| Bactériologie . . . . .                    | { NÉVOT (A.)<br>N...                                                             | Orthopédie . . . . .                  | JUDET (R.)                                                                                                                                                      |
| Biochimie<br>médicale . . . . .            | { ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i><br>N...<br>N...                                  | Oto-rhino-<br>laryngologie . . . . .  | { AUBRY (M.)<br>MADURO (M.)                                                                                                                                     |
| Biologie<br>médicale . . . . .             | BOURLIÈRE (F.)                                                                   | Parasitologie . . . . .               | { CHABAUD (A.)<br>N...<br>ABOULKER (P.)<br>BAUMANN (J.)<br>GOSSET (J.)<br>LAURENCE (G.)<br>LORTAT-JACOB (J.)<br>OLIVIER (Cl.)<br>POILLEUX (F.)<br>VERNE (J. M.) |
| Dermato-<br>Syphiligraphie . . . . .       | DUPERRAT (F.)                                                                    | Pathologie<br>chirurgicale . . . . .  | { N...<br>N...<br>N...<br>N...<br>N...<br>N...<br>N...<br>N...                                                                                                  |
| Embryologie . . . . .                      | TUCHMANN                                                                         | Pathologie<br>expérimentale . . . . . | { N...<br>N...<br>BERNARD (J.)<br>BOUDIN (G.)<br>CASTAIGNE (P.)<br>CONTE (M.)<br>DOMART (A.)                                                                    |
| Histologie . . . . .                       | { BULLIARD (H.) <i>pr. s. ch.</i><br>N...<br>N...                                | Pathologie<br>médicale . . . . .      | { N...<br>N...<br>N...<br>N...<br>N...<br>N...<br>N...<br>N...                                                                                                  |
| Hydrologie . . . . .                       | N...                                                                             |                                       |                                                                                                                                                                 |
| Hygiène . . . . .                          | { BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i><br>DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>                 |                                       |                                                                                                                                                                 |
| Maladies<br>infectieuses . . . . .         | N...                                                                             |                                       |                                                                                                                                                                 |
| Médecine légale<br>et du travail . . . . . | { DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i><br>GAULTIER (M.)<br>HADENGUE (A.)<br>N...      |                                       |                                                                                                                                                                 |
| Neurochirurgie . . . . .                   | DAVID (M.)                                                                       |                                       |                                                                                                                                                                 |
| Neurologie . . . . .                       | N...                                                                             |                                       |                                                                                                                                                                 |
| Obstétrique . . . . .                      | { GRASSET (J.)<br>LEPAGE (F.)<br>MERGER (R.)                                     |                                       |                                                                                                                                                                 |

|                              | MM.                              |                                | MM.                             |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Pathologie<br>médicale . . . | LAMOTTE (M.)                     | Physiologie . . .              | BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i> |
|                              | LAROCHE (Cl.)                    |                                | PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>   |
|                              | MILLIEZ (P.)                     |                                | DEJOURS (P.)                    |
|                              | PÉQUIGNOT (H.)                   | Physique<br>médicale . . .     | DJOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i>  |
|                              | PERRAULT (M.)                    |                                |                                 |
|                              | RAMBERT (P.)                     | Pneumo-<br>Phtisiologie . .    | GOUGEROT (L.) <i>pr. s. ch.</i> |
|                              | THIEFFRY (St.)                   |                                |                                 |
|                              | TURIAF (J.)                      | Psychiatrie . .                | KREIS (B.)                      |
|                              | N...                             |                                |                                 |
|                              | N...                             | Psychiatrie<br>infantile . . . | N...                            |
|                              | N...                             |                                |                                 |
|                              | N...                             | Rhumatologie . .               | MICHAX (Z.)                     |
|                              | N...                             |                                |                                 |
| Pédiatrie . . .              | JOSEPH (R.)                      | Stomatologie . .               | CHAPUT (Mme A.)                 |
|                              | N...                             |                                |                                 |
|                              | N...                             | Thérapeutique .                | CERNÉA (P.)                     |
| Pharmacologie .              | CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i>   |                                |                                 |
|                              | LÉVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i> | Urologie . . .                 | KUSS (R.)                       |

### III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

#### A TITRE PERMANENT

|                                | MM.               |                              | MM.                             |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Clinique<br>chirurgicale . . . | AMELINE (A.)      | Clinique<br>médicale . . .   | HAGUENAU (M.) <i>pr. s. ch.</i> |
|                                | HUGUIER (J.)      |                              | HAMBURGER (J.)                  |
|                                | LÉGER (L.)        |                              | KOURILSKY (R.)                  |
|                                | PADOVANI (P.)     |                              | MARCHAL (G.)                    |
|                                | PATEL (J.)        |                              | SOULIÉ (E.)                     |
|                                | ROUX (M.)         | Clinique<br>obstétricale . . | ESCALLE (G.)                    |
|                                | RUDLER (J. C.)    |                              | MAYER (M.)                      |
| Clinique<br>médicale . . .     | SICARD (A.)       | Clinique<br>ophtalmologique  | VARANGOT (J.)                   |
|                                | BROUET (G.)       |                              | OFFRET (G.)                     |
|                                | N...              | Clinique<br>urologique . . . | RENARD (G.)                     |
|                                | DECOURT (J.)      |                              | COUVELAIRE (R.)                 |
|                                | DREYFUS (Gilbert) |                              |                                 |
|                                | FAUVERT (R.)      |                              |                                 |

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. MOREL (J.)  
 Secrétaire . . . . . Mlle CHANTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction . . . . M. le Docteur HAHN (A.)  
 Conservateur . . . . . Mlle GOICHON  
 Bibliothécaires . . . . . } Milles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.)  
 . . . . . } LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Je leur dois tout.*

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MES PARENTS ET AMIS

A NOTRE MAITRE

MADemoiselle P. GAUTHIER-VILLARS

Professeur sans Chaire (Anatomie Pathologique)  
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur  
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Avec toute notre gratitude.*

## A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. ABOULKER

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis  
Membre de l'Académie de Chirurgie  
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui après nous avoir accueilli dans son  
Service, a bien voulu nous guider de ses  
conseils.*

*Qu'il reçoive ici le témoignage de notre  
reconnaissance et l'assurance de tout notre  
attachement.*

## A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR F. WETTERWALD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté

Chirurgien Assistant du Service d'Urologie de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui depuis notre entrée dans la carrière médicale, n'a cessé de nous témoigner son intérêt et auprès de qui nous avons toujours trouvé les conseils et l'appui les plus bienveillants.*

*Qu'il nous permette de lui dire ici notre affectueuse reconnaissance.*

A NOTRE AMI

LE DOCTEUR J. CHOMÉ

Chef du Laboratoire Central d'Anatomie Pathologique  
de l'Hôpital Saint-Louis

*Dont les conseils éclairés nous ont été  
précieux.*

*Avec tous nos remerciements.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. NETTER

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

A NOTRE MAITRE

MADAME LE DOCTEUR A. NETTER-LAMBERT

*Qu'ils nous permettent de leur témoigner  
ici tout notre attachement.*

## A NOS MAITRES D'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. FUNCK-BRENTANO

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. CACHIN

MONSIEUR LE DOCTEUR R.-A. MARQUÉZY

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE BOURGEOIS

## A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR G. DUHAMEL

MONSIEUR LE DOCTEUR CH. BACH

MONSIEUR LE DOCTEUR H.-G. ROBERT

MONSIEUR LE DOCTEUR A. TRICART

MONSIEUR LE DOCTEUR CH. MOTZ

MONSIEUR LE DOCTEUR M. ZARA

MONSIEUR LE DOCTEUR VIC-DUPONT

MONSIEUR LE DOCTEUR MOMAL

MONSIEUR LE DOCTEUR GIARD



## AVANT-PROPOS

---

Ce travail a pour but d'étudier 164 cas de tumeurs épithéliales primitives de la vessie que nous avons colligées en majorité dans le Service de notre Maître le Professeur agrégé Pierre ABOULKER, à l'hôpital Saint-Louis. Quelques observations proviennent de sa pratique personnelle et de celle de son assistant le Docteur François WETTERWALD.

\* \*

Nous verrons dans un premier chapitre quelques considérations actuelles sur :

- le terrain et l'étiologie ;
- les classifications.

Après un rappel des moyens cliniques et para-cliniques de diagnostic qui ont été utilisés, nous verrons si l'étude de cas réunis par notre statistique permet d'orienter précocement la thérapeutique et, partant, le pronostic des tumeurs épithéliales primitives de la vessie.

*N.B.* — Les résultats thérapeutiques que nous avons colligés n'ont pas le recul de cinq ans, classique en matière de cancérologie.

---



## CHAPITRE 1

### LE TERRAIN

---

Les tumeurs de vessie sont très fréquentes.

Des auteurs classiques comme ALBARRAN, NITZE, VERHÖGEN [182] admettent que les tumeurs de vessie représentent environ 3 % des affections urinaires en tout genre.

COUVELAIRE, en 1949, dit dans le Nouveau précis de pathologie chirurgicale, qu'elles représentent 4 à 6 % des motifs d'hospitalisation en pathologie urinaire.

Par ailleurs, une statistique récente de PAQUIN et MARSHALL [154] indique que les tumeurs de vessie représentent 3 % de la totalité des tumeurs de l'organisme.

#### I. — INCIDENCE DU SEXE

Tous les auteurs ont noté la fréquence particulière des tumeurs vésicales chez l'homme.

Ainsi DEAN, MOSTOFI, THOMSON et CLARCK [54], dans le « Carcinoma Registry » de l'Association Américaine d'Urologie, à propos des 1.400 premiers cas du registre, indiquent une proportion de 3 hommes pour 1 femme, que confirme F.H. HOLLANDS [100] en 1953 à propos de 719 cas.

DRINKER et O'CONOR [61], sur 180 cas, ont 65 % d'hommes et 35 % de femmes.

Notre statistique personnelle nous donne 78 % d'hommes pour 22 % de femmes, soit 3,4 hommes pour 1 femme.

#### II. — INCIDENCE DE L'AGE

Les tumeurs épithéliales primitives de vessie sont exceptionnelles chez l'enfant.

RATHBUN, cité par HERBUT [94], n'avait trouvé dans la littérature

mondiale, en 1937, que 2 polypes et 1 papillome sur 75 tumeurs de vessie chez l'enfant.

— En 1954, DEAN et collaborateurs [54], dans le « Carcinoma Registry », citent 4 cas entre sept et dix-neuf ans.

— En 1955, MOSTOFI [146], sur les 2.678 cas suivants du même « Carcinoma Registry », trouve 5 patients de dix à dix-neuf ans.

— MELICOW [138], en 1955, à propos de 914 tumeurs de vessie, rapporte une observation de tumeur épithéliale chez un enfant de sept ans.

— Dans nos cas personnels, le malade le plus jeune avait vingt-huit ans.

Les diverses statistiques que nous avons citées plus haut indiquent que la plupart des tumeurs épithéliales primitives de vessie surviennent entre cinquante et soixante-dix ans.

Notre statistique nous donne un âge moyen de soixante et un ans, légèrement différent pour les hommes (60 ans) et pour les femmes (64,4 ans).

Aux U.S.A., l'âge moyen est sensiblement voisin (soixante-deux ans), de même qu'en Suisse (Ogier WARD cité par COUVELAIRE et BOUHANNA [41]).

Il est de soixante-cinq ans pour THOMPSON et KAPLAN [173].

Voyons maintenant par décade et par sexe la répartition de nos cas personnels (ici 154 cas étudiés).

| Nombre de cas         | Hommes | Femmes | Proportion |
|-----------------------|--------|--------|------------|
| Entre 20 et 30 ans .. | 1      |        |            |
| Entre 30 et 40 ans .. | 1      |        |            |
| Entre 40 et 50 ans .. | 13     | 2      | 7,5        |
| Entre 50 et 60 ans .. | 43     | 8      | 6,3        |
| Entre 60 et 70 ans .. | 41     | 13     | 4,1        |
| Entre 70 et 80 ans .. | 20     | 12     | 2,6        |

A signaler que la proportion d'hommes et de femmes qui était de 7,1 pour 1 entre quarante et cinquante ans, est de 2,6 entre soixante-dix et quatre-vingts ans, avec une diminution constante entre la cinquième et la huitième décade.

Cela tient peut-être au fait que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, et qu'il y a davantage de femmes que d'hommes de plus de soixante ans dans la population générale.

### III. — INCIDENCE DE LA PROFESSION

Nous n'avons pas constaté, en étudiant les diverses professions de nos malades, que l'une d'elles soit particulièrement fréquente. Mais nous savons que divers travaux ont attiré l'attention sur la fréquence anormalement élevée, de tumeurs vésicales chez les travailleurs de l'industrie des matières colorantes.

Depuis le mémoire princeps de 1895 de REHN [12], sur 3 ouvriers d'une fabrique d'aniline de Francfort-sur-le-Main, de nombreux travaux cliniques et expérimentaux ont étudié ce problème et les diverses substances dérivées des amines aromatiques qui auraient un rôle cancérigène.

Parmi celles-ci, les substances les plus fréquemment mises en cause sont :

- l' $\alpha$  et la  $\beta$ -naphtylamine ;
- et leurs métabolites (2-amino 1-naphтол);
- la benzidine ;
- l'O'toluidine.

#### a) TRAVAUX CLINIQUES

Le premier travail français publié sur cette question est celui de BILLIARD-DUCHESNE [12] (1946), à propos de 17 cas d'amino-tumeurs dépistés chez les travailleurs d'une usine de matières colorantes de Seine-Inférieure. L'auteur signale une mortalité de 9 cas en huit ans sur 1.100 ouvriers que comporte l'usine. En faisant une comparaison avec le nombre de décès de la population de deux villes de la Seine-Inférieure, il arrive aux conclusions suivantes :

— La mortalité pour tumeur vésicale est 43 fois supérieure chez les travailleurs de l'usine que dans la population générale.

Déjà GERHMANN (1936), que cite HERBUT (1952) [94], disait que la fréquence des tumeurs vésicales chez les travailleurs des matières colorantes aux U.S.A., est 32 fois plus importante que chez les gens d'âge comparable ne travaillant pas dans ces industries.

D'autres auteurs ont, depuis, en France, confirmé la fréquence de ces tumeurs chez les travailleurs de ces industries. Ainsi P. ABOULKER et G. SMAGGHE [4], en 1953, trouvent 10 cas de tumeur chez les travailleurs d'une usine de la région parisienne et ils constatent qu'il n'y a aucune différence macroscopique ou microscopique entre les amino-tumeurs et les tumeurs de vessie de la population générale. Les signes cliniques n'ont rien de caractéristique ni de particulier, et les amino-

tumeurs sont souvent découvertes par des examens de dépistage systématique.

FERGUSSON et GAY (cités par ABOULKER et SMAGGHE [4]) avaient remarqué, en 1934, à la cystoscopie, la présence de télangiectasies vésicales et d'hémorragies sous-muqueuses que ces auteurs considéraient comme des stades pré-cancéreux.

ABOULKER et SMAGGHE [4] ont suivi, pendant six ans, des malades porteurs de lésions de cette espèce et n'ont pu voir de transformation maligne. « Bien mieux, disent-ils, ces aspects télangiectasiques sont transitoires et n'ont pas été retrouvés à des examens ultérieurs. »

Ils signalent que l'âge moyen de ces ouvriers porteurs d'aminotumeurs est de cinquante ans, soit dix ans inférieur à l'âge moyen des hommes de notre statistique recrutés dans la population générale.

Il faut un certain nombre d'années (5 à 12 pour HERBUT [94], 18 ans en moyenne pour BILLIARD-DUCHESNE [12], 2 à 26 ans pour ABOULKER et SMAGGHE [4]) de contact avec les produits nocifs pour voir apparaître une amino-tumeur.

Les tumeurs peuvent apparaître, chez un ouvrier ayant été exposé aux produits nocifs, des années après qu'il ait quitté le poste de travail exposé. ABOULKER et SMAGGHE [4] citent 4 de leurs cas où ils ont pu déterminer le temps de latence avant l'apparition de l'aminotumeur, soit entre 8 et 11 ans.

#### b) TRAVAUX EXPÉRIMENTAUX

MC DONALD et LUND (1954) [132] ont démontré magistralement le rôle de l'urine comme vecteur de facteurs cancérogènes exogènes.

Ils ont administré à 10 chiens de la  $\beta$ -naphtylamine après avoir opéré ces animaux de la manière suivante : ils ont isolé chirurgicalement la moitié supérieure de la vessie en conservant toute l'irrigation sanguine tout en isolant la poche supérieure néoformée du contact de l'urine.

Au bout de deux mois, tous les chiens présentaient des hématuries et au bout de quelques mois, apparition de télangiectasies, puis de taches brunâtres et enfin de tumeurs vésicales.

L'examen des pièces a montré l'absence totale de tumeurs dans les poches artificielles n'ayant pas de contact avec l'urine. Sauf chez un chien qui avait eu, au préalable, une anastomose poche-vessie, ce qui permettait la libre circulation de l'urine.

Les tumeurs vésicales étaient des carcinomas excréto-urinaires. La plupart étaient des tumeurs du grade 2 de malignité.

Chez 5 de ces chiens, la dérivation extra-vésicale des urines dès l'apparition des tumeurs vésicales n'a pas empêché celles-ci de continuer à augmenter de volume. Il n'y a pas eu de régression des tumeurs existantes.

Cette expérimentation confirme donc le rôle vecteur de l'urine dans le transport du carcinogène exogène. Elle nie l'origine sanguine des tumeurs vésicales puisqu'il n'y a pas eu de tumeurs dans les poches néoformées bien irriguées du point de vue vasculaire et isolées du courant urinaire.

#### IV. — INCIDENCE DES INFECTIONS

Une cystite à germes banaux a été, pour 16 de nos malades, relevée dans leurs antécédents. Nous ne pouvons pas dire si cette infection vésicale a précédé l'apparition de la tumeur ou si elle doit être considérée comme symptôme révélateur de la tumeur vésicale. Il faut noter aussi que, sur 16 cas, 10 étaient des femmes (sur les 32 femmes comprises dans notre statistique).

Sur ces 16 cas :

|                                                            |  |
|------------------------------------------------------------|--|
| — 1 patient a eu une cystite, isolée, tenace pendant 9 ans |  |
| — 1 — — — — — 5 ans                                        |  |
| — 1 — — — — — 3 ans                                        |  |
| — 2 — — — — — 18 mois                                      |  |
| — 1 — — — — — 1 an                                         |  |

Tous ont eu des traitements médicaux sans effet avant que le diagnostic de tumeur vésicale ait été porté.

Aussi croyons-nous qu'une cystite isolée, surtout chez la femme, rebelle aux thérapeutiques médicales, doit faire rechercher avec une particulière attention l'existence d'une tumeur vésicale.

Sept des malades de notre statistique ont eu dans leurs antécédents une néphrectomie pour lithiase. Quatre de ceux-ci sont parmi les 16 cas qui ont présenté ensuite une cystite.

Il est depuis longtemps connu que l'infection particulière qu'est la bilharziose vésicale augmente sensiblement la fréquence des tumeurs de vessie.

— En 1897, ALBARRAN et BERNARD affirment l'existence de tumeurs vésicales d'origine parasitaire.

De multiples statistiques ont, par la suite, confirmé la fréquence des tumeurs de vessie chez les bilharziens.

— En 1905, GOEBEL, sur 1.684 cas de bilharziose, trouve 89 cancers vésicaux, soit 5,28 %.

— Plus récemment, MOREL montre que les tumeurs de vessie sont onze fois plus fréquentes chez les bilharziens que chez les non infectés.

— Des différents auteurs cités par COUVELAIRE et BOUHANNA [41] dans une mise au point récente sur cette question, Ogier WARD indique que l'âge moyen des malades ayant un cancer bilharzien est en Egypte de 42 ans, c'est-à-dire plus de 20 ans inférieur à l'âge moyen des porteurs de cancers de vessie dans les pays où la bilharziose est exceptionnelle comme la Suisse, l'Amérique.

COUVELAIRE et BOUHANNA [41], à propos de 7 cas, rappellent que :

L'évolution des cancers bilharziens est en tous points semblable à celle des autres tumeurs vésicales. Néanmoins, leur malignité paraît supérieure probablement à cause de l'irritation et de l'inflammation des vaisseaux vasculaires et lymphatiques qui favorisent la pénétration tumorale dans la paroi vésicale et aussi les métastases sont plus fréquentes.

— PIGANOL, HERVÉ et ROUFFILANGE [159] ont observé un cancer bilharzien et une pseudo-tumeur inflammatoire après examen de 70 bilharziens.

— SOROUR, sur 373 cas de bilharziose urinaire, trouve 78 cancers de vessie.

La bilharziose est donc un facteur favorisant l'apparition des tumeurs de vessie. Mais on peut se demander avec cet auteur si, dans ce cas aussi, l'irritation locale seule ne serait pas un des facteurs étiologiques présidant à l'apparition d'une tumeur vésicale.

Il est vraisemblable que ces irritations locales, qui sont maximum au niveau de la vessie par stagnation de l'urine, ne suffisent pas à provoquer l'apparition d'une tumeur.

Ainsi nous ne voyons pas apparaître, chez tous les sujets parasités ou soumis à l'action de substances exogènes ou endogènes, cancérigènes, une tumeur vésicale.

Il y a donc, en plus, d'autres facteurs qui concourent à faire apparaître une tumeur, entre autres : l'existence d'un facteur héréditaire.

Il faut souligner l'importance des expériences de MAC DONALD et LUND [132] que nous avons citées plus haut — troublantes quant au rôle du terrain — puisque ces auteurs ont pu provoquer, chez tous les chiens en expérimentation (10 chiens), l'apparition de tumeurs vésicales. Les doses de carcinogène qu'ils ont utilisé étaient très importantes (600 mg de  $\beta$ -naphtylamine par jour pendant des mois).

Il y aurait peut-être donc un seuil d'irritation à atteindre, différent pour chaque organisme, et que ces auteurs auraient largement dépassé avec les doses qu'ils ont employées.

Aucun des lapins qu'ils ont soumis aux mêmes expériences n'a présenté de tumeur vésicale et ils expliquent ce phénomène en disant

que les lapins éliminent dans les urines la  $\beta$ -naphtylamine sous forme acétylée, tandis que les chiens l'éliminent sous forme libre.

## V. — INCIDENCES DES DIVERTICULES VÉSICAUX SUR LES TUMEURS

Nous n'avons pas de cas personnels de tumeur intra-diverticulaire à citer, mais nombreux sont les auteurs qui, au cours de ces dernières années, se sont penchés sur ce problème.

En 1948, Jacques MICHON [195], à propos de 3 cas, en fait l'historique et une revue générale :

- les tumeurs intra-diverticulaires ne se voient presque exclusivement que chez l'homme (WINCZ);
- 2 à 3 % de tumeurs intra-diverticulaires par rapport au nombre de diverticules vésicaux. 30 cas sur 1.009 diverticules pour ABESHOUSE et GOLDSTEIN [195] qui pensent que « les transformations néoplasiques sont de nature métaplasique et sont précédées par une inflammation, une irritation ou une obstruction chronique ».

Il faut donc noter que l'existence d'un diverticule — surtout s'il y a hématurie ou infection particulièrement marquée, fétide — doit faire rechercher l'existence d'une tumeur vésicale qui ne semble donc pas être exceptionnelle.

EN RÉSUMÉ, nous pouvons dire que :

— Les tumeurs de vessie sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme.

— L'âge moyen des patients porteurs d'une tumeur épithéliale de vessie est autour de soixante ans au moment du diagnostic.

— Les infections banales ne semblent pas jouer un rôle primordial bien que 10 % de nos malades aient eu pendant des mois une cystite chronique isolée qui n'est peut-être que le premier symptôme de la tumeur vésicale.

— Il existe deux facteurs augmentant la fréquence d'apparition des tumeurs épithéliales primitives de la vessie :

1° le travail à certains postes exposés dans des fabriques de matières colorantes ;

2° la bilharziose vésicale.

— L'existence d'un diverticule, surtout s'il y a hématurie et infection associée, doit faire rechercher la tumeur vésicale intra-diverticulaire.



## CHAPITRE II

### LES CLASSIFICATIONS

---

Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, CIVIALE [182] se fondant sur un *aspect anatomique*, divisait les tumeurs vésicales en trois groupes principaux :

- tumeurs pédiculées ;
- tumeurs sessiles ;
- tumeurs infiltrantes.

Cette première ébauche de classification devait connaître une fortune qui ne s'est pas démentie jusqu'à nos jours.

\*   \*

La classification des tumeurs de la vessie devait connaître ensuite des fortunes diverses. THOMPSON en 1881, KUSTER cinq ans plus tard, tentent des systèmes de classification, mais il faut attendre 1892 avec ALBARRAN [5] pour connaître un mode de classification fondée sur l'*embryologie* et l'*histologie* des tumeurs vésicales, quelques années après la découverte et la mise au point du cystoscope par NITZE (1886).

C'est ainsi qu'en fonction des connaissances de l'embryogénèse et de l'histologie de l'époque, il divisait les tumeurs primitives épithéliales en deux grands groupes principaux :

- les tumeurs typiques que nous appellerions aujourd'hui tumeurs différenciées ;
- les tumeurs atypiques.

#### 1) LES TUMEURS TYPIQUES

Elles comprennent, selon ALBARRAN :

- les tumeurs de type allantoïdien ;
- les tumeurs à revêtement épithélial adulte que nous appelons aujourd'hui excréto-urinaires ;
- les tumeurs à cellules claires ;
- les tumeurs glandulaires primitives.

## 2) LES TUMEURS ATYPIQUES

Elles comprennent :

- les épithéliomas lobulés ou tubulés qui sont les plus fréquents ;
- les cylindromes ;
- les carcinoïdes ;
- les épithéliomas réticulés ;
- les tumeurs myo-épithéliales.

Certaines tumeurs rares de nature épidermique sont classées par ALBARRAN parmi les formations dysembryoplasiques (épithéliomas cornés).

Il n'est pas douteux que la synthèse d'ALBARRAN représente un effort considérable de classification des aspects les plus divers rencontrés jusqu'alors parmi les néoformations vésicales.

Les connaissances actuelles de l'histologie des tumeurs vésicales et de leur embryogenèse impliquent une simplification.

Pour maintenir le cadre d'ALBARRAN, il ne subsisterait actuellement dans les tumeurs typiques que les tumeurs excréto-urinaires, les tumeurs glanduliformes soit d'origine allantoïdienne, soit de nature colloïde que nous étudierons plus loin.

Parmi les tumeurs atypiques, on ne peut retenir ni les cylindromes vrais, ni les carcinoïdes puisque la vessie ne contient pas de cellules argentaffines comme la muqueuse digestive (appendice), ni les tumeurs myo-épithéliales dont on connaît des exemples authentiques dans la peau, le sein, les glandes salivaires et même la muqueuse bronchique.

ALBARRAN considérait les tumeurs épithéliales typiques pédiculées comme des papillomes ou mieux des *polypes*, les tumeurs atypiques étant pour lui des *épithéliomas*.

\* \*

En 1921, VERHOOGEN [182] reprend dans ses grandes lignes les conceptions d'ALBARRAN dans l'*Encyclopédie Française d'Urologie*. C'est ainsi qu'il divise les tumeurs vésicales en quatre groupes :

### 1) LES TUMEURS ÉPITHÉLIALES GLANDULAIRES

— Parmi lesquelles les typiques ou tumeurs bénignes sont les adénomes, les tumeurs dites allantoïdiennes d'ALBARRAN, les cystadénomes papillaires.

— Les tumeurs atypiques comprenant tous les adénocarcinomes ou épithéliomas cylindriques.

## 2) LES TUMEURS ÉPITHÉLIALES DE REVÊTEMENT

— Typiques : représentées par le papillome bénin.

— Atypiques : les tumeurs malignes morphologiquement identiques, ne pouvant être distinguées que par des caractères cellulaires histologiques sur lesquels ZUCKERKANDL, en 1909, avait beaucoup insisté.

## 3) L'ÉPITHÉLIOMA ALVÉOLAIRE ATYPIQUE OU ÉPITHÉLIOMA SESSILE

A base indurée, d'aspect bourgeonnant, verruqueux.

## 4) LES TUMEURS ÉPITHÉLIALES A TYPE ÉPIDERMIQUE

Le premier stade serait la *leucoplasie* dont l'origine a soulevé de nombreuses discussions (métaplasie ou malformation congénitale) et le second stade étant l'épithélioma pavimenteux de type épidermique.

Il faut remarquer qu'à travers ces distinctions que le temps et l'usage vont clarifier en les simplifiant, les auteurs maintiennent la grande triade morphologique de CIVALE :

— pédiculé ;

— sessile ;

— infiltrant.

Ces caractères ont d'ailleurs pris une importance accrue du jour où la généralisation des procédés endoscopiques a permis de voir la tumeur avant l'ouverture de la pièce anatomique ou opératoire.

Il se superpose donc dès cette époque une classification *anatomique macroscopique* et une classification *histologique*.

\* \*

Plus de vingt-cinq ans plus tard, COUVELAIRE [37], dans le *Nouveau précis de pathologie chirurgicale* (1949), insiste sur le besoin de classification des tumeurs vésicales et sur la difficulté de distinction histologique entre la bénignité et la malignité.

Il divise ces formations en :

### 1) TUMEURS PAPILLAIRES

Qui sont soit des papillomes bénins, soit des épithéliomas papillaires de malignité variable et malaisément prévisible.

### 2) TUMEURS SESSILES

Qui évoluent soit en surface, soit qui masquent l'apparition d'une tumeur infiltrée. Toutes ces tumeurs sont des épithéliomas mais se

comportent comme des tumeurs à malignité locale sauf lorsqu'elles doublent une tumeur infiltrée.

### 3) TUMEURS INFILTRÉES

Toutes malignes.

Tous les intermédiaires peuvent exister entre la tumeur franchement papillaire de nature bénigne et la tumeur nettement infiltrée, certainement maligne. L'histologie est, d'après cet auteur, impuissante à trancher en dehors de ces extrêmes.

\* \*

En 1950, CIBERT et DURAND [28] soulignent, à leur tour, l'insuffisance des données histologiques associées ou non à l'aspect macroscopique de CIVIALE. Et c'est pourquoi ils proposent de fonder leurs indications opératoires sur une classification qu'ils établissent par les moyens suivants :

- le palper bimanuel abdomino-pelvien sous anesthésie ;
- la cystoscopie ;
- la recherche d'une stase des voies urinaires par l'urographie intra-veineuse.

Ils divisent ainsi les tumeurs vésicales en :

#### 1) TUMEURS INFILTRANTES

Pédiculées ou sessiles, certainement malignes.

#### 2) TUMEURS NON INFILTRANTES

Pédiculées, habituellement bénignes quand le pédicule est souple.

#### 3) TUMEURS NON INFILTRANTES

Sessiles, nodulaires, ulcérées ou bourgeonnantes. Toujours malignes.

Pour ces auteurs, par conséquent, la presque totalité des tumeurs épithéliales de la vessie est de nature maligne.

\* \*

Ceci nous aide à comprendre pourquoi certains auteurs américains tendent à désigner uniformément sous le nom de « carcinoma » toutes les tumeurs épithéliales primitives de la vessie.

Ainsi, DEAN, MOSTOFI, THOMSON et CLARCK [54], analysant en 1954 les 1.400 premiers cas du « Carcinoma Registry of the American Urological Association », adoptent trois groupes de tumeurs ou classes.

Cette étude a été continuée de la même manière systématique par MOSTOFI [146], en 1955, sur les 2.678 cas suivants du même « Carcinoma Registry ».

Voici les trois classes proposées par les auteurs américains :

### 1) CLASSE I

Toute tumeur papillaire n'ayant pas de perturbation de la disposition cellulaire et sans infiltration du pédicule ou de la paroi vésicale.

C'est le type du « papillome bénin » classique, mais les auteurs éliminent ce terme car, disent-ils, toutes les tumeurs vésicales doivent être considérées comme des carcinomes puisque ni le clinicien ni le patient ne peuvent considérer ces tumeurs comme complètement inoffensives.

### 2) CLASSE II

Toute tumeur papillaire, sessile ou infiltrante dont de nombreuses cellules ont un aspect atypique.

Les auteurs ont mis en outre, dans cette classe II, les tumeurs dont les caractères morphologiques et cellulaires les feraient ranger dans la classe I, mais où le pédicule a plus de 2,5 cm de plus grand diamètre. Ils considèrent qu'on ne peut savoir ce qui se passe au centre de ce pédicule et qu'il faut considérer l'évolution de telles tumeurs comme si elles appartenaient à la classe II typique.

Cette classe II comprend enfin les tumeurs de la classe I, mais qui sont soit multiples, soit récidivantes.

### 3) CLASSE III

Toutes les tumeurs infiltrantes qui présentent une anaplasie marquée des cellules, qui ont habituellement envahi la paroi vésicale et peuvent montrer une métaplasie squameuse ou une disposition pseudo-glandulaire des cellules.

Par ailleurs ces mêmes auteurs isolent, parce qu'ils leur attribuent une autre histogenèse, des tumeurs peu fréquentes :

- tumeurs malpighiennes à globes cornés ;
- les adénocarcinomes vrais de la vessie dans lesquels on trouve du mucus.

\* \*

HERBUT, en 1952 [94], introduit un nouvel élément dans la classification des tumeurs vésicales.

Conservant les trois grands groupes histologiques des tumeurs vésicales :

- excréto-urinaires ;
- malpighiennes ;
- glandulaires ;

il leur applique le système numérique que BRODERS en 1922, à propos du cancer en général, avait préconisé pour déterminer l'évolutivité d'une tumeur : son degré de malignité. Le degré 1 représentant la structure la mieux conservée, la malignité la moindre. Le degré 4 indique l'anaplasie complète, le potentiel de malignité le plus rapidement évolutif. Les degrés 2 et 3 représentent des stades évolutifs intermédiaires.

\* \*

Tous les différents systèmes de classification que nous avons analysés tenaient compte tantôt de l'aspect macroscopique ou endoscopique, tantôt de l'origine embryologique, tantôt de l'aspect ou de la différenciation histologique sans qu'aucun système isolément ou associé ne suffise à apprécier le pronostic de ces tumeurs.

Nous verrons par la suite que le diagnostic lui-même nécessite l'emploi simultané de plusieurs de ces classifications.

\* \*

JEWETT et STRONG, en 1946 [196], ont proposé une méthode permettant d'isoler des groupes tumoraux présentant un pronostic bien individualisé.

Ces auteurs ont montré que ni la forme macroscopique, ni l'aspect histologique ne déterminent le *pronostic* qui, par contre, est fonction du degré d'envahissement de la tumeur dans la paroi vésicale.

STENIUS, en 1922, avait déjà souligné l'importance de l'envahissement de l'atmosphère cellulo-lymphatique péri-vésicale dans l'évolution des tumeurs.

Pour JEWETT, les tumeurs vésicales peuvent être rassemblées de la manière suivante :

#### 1) GROUPE O

Tumeur strictement muqueuse sans aucun envahissement du tissu sous-jacent.

#### 2) GROUPE A

Envahissement de la sous-muqueuse par la tumeur qui respecte absolument la musculature.

L'auteur souligne le bon pronostic de ces tumeurs quelle qu'en soit la nature.

### 3) GROUPE B

La musculature est envahie mais non rompue. JEWETT a proposé de distinguer des sous-groupes B<sub>1</sub> et B<sub>2</sub> selon que plus ou moins de la moitié de l'épaisseur musculaire est envahie par la tumeur.

### 4) GROUPE C

La musculature est complètement dépassée. L'adventice vésicale est envahie par la tumeur. JEWETT a, par la suite, envisagé un groupe C<sub>1</sub> et C<sub>2</sub> selon que l'adventice conjonctive est rompue ou pas.

JEWETT a proposé ensuite un *groupe D* pour l'envahissement des ganglions lymphatiques péri-vésicaux et un *groupe E* pour les métastases à distance.

Cette notion remarquable du pronostic lointain, fonction du degré d'envahissement, déjà connue pour le rectum par la classification de DUKES en 1930, est parfaitement illustrée par les statistiques de JEWETT [106], de MARSHALL [133], et de CHOMÉ [26] en particulier en ce qui concerne la fréquence des métastases en fonction de ces divers groupes.

\* \*

Dans ce système complexe de classifications, existe-t-il un procédé qui permette de tenir compte des indications que chaque méthode peut apporter? Est-il possible de fonder un diagnostic de malignité, de degré évolutif?

Peut-on déterminer par des classifications adéquates une indication thérapeutique? Enfin est-il possible d'établir un pronostic par le système d'un jeu complexe de classifications applicables à la routine journalière?

C'est à ce problème particulièrement important que s'est attachée l'équipe d'urologie de l'hôpital Saint-Louis depuis quelques années.

Pour illustrer les possibilités de notre manière de classer les tumeurs vésicales, prenons chronologiquement les diverses opérations que l'on peut faire à l'arrivée d'un malade porteur d'une tumeur vésicale.

Tout d'abord, l'endoscopie va permettre de préciser ce que nous appelons la classe tumorale et le fragment tumoral que nous prélevons va permettre son étude histologique.

Nous divisons ainsi les tumeurs vésicales en quatre grandes classes :

#### 1) CLASSE I

Elle comporte les tumeurs de petite taille, papillaires, à pédicule étroit, implantées sur une muqueuse saine.

L'aspect histologique montre une régularité cellulaire, une absence d'anaplasie, un petit nombre de couches épithéliales entourant l'axe conjonctif.

## 2) CLASSE II

Dans la classe II, nous rangeons les tumeurs de même aspect clinique et histologique, mais implantées par une base large sur une muqueuse saine.

L'histologie montrera qu'il existe une coalescence des axes papillaires et qu'un grand nombre de couches cellulaires recouvrent les axes conjonctifs.

## 3) CLASSE III

Les tumeurs de la classe III présentent le même aspect endoscopique, mais la muqueuse est rouge tout autour, congestive. Le pédicule d'implantation est large.

L'histologie montre dans ce cas des mitoses en plus ou moins grand nombre, sans aucun caractère formel de malignité.

## 4) CLASSE IV

La classe IV est constituée par toutes les tumeurs infiltrantes bien connues dès l'endoscopie.

Nous pouvons prendre comme critère de différenciation entre les tumeurs à pédicule étroit et les tumeurs à pédicule large, la mensuration du pédicule, lorsqu'elle est possible, et dans ce cas nous retenons les données américaines qui distinguent les tumeurs ayant un pédicule de plus de 2,5 cm dans son diamètre le plus large.

Dès lors, nous avons coutume de considérer que :

— Les tumeurs de la classe I sont des tumeurs bénignes, justiciables de la coagulation endoscopique qui suffit généralement. Parfois, une récurrence peut cependant survenir.

— Par contre, dans la classe II, les récurrences sont certaines, fréquentes ; elles sont la règle. A tel point que nous avons coutume de dire classe II égale récurrence.

— Pour la classe III, le problème est de savoir ce qui se passe au niveau du pédicule et ce n'est généralement possible qu'une fois la vessie ouverte.

— La classe IV, c'est le problème des cancers évidents.

Ces premières notions admises, une certaine sélection est déjà faite.

Il y a les tumeurs que l'on électrocoagule ou que l'on traite par électrorésection endoscopique : c'est-à-dire les classes I et II.

Il y a les tumeurs que l'on opère : c'est-à-dire les classes III et IV.

L'important alors, c'est de savoir quand faut-il opérer ? C'est la classification de BRODERS qui nous l'indique.

Pour les tumeurs de degré 1 et 2, de malignité, à évolution en principe plus lente, le moment opératoire peut être choisi en fonction des conditions générales, sans une extrême urgence.

Pour les degrés 3 et 4 de malignité, on sait que l'évolution de la tumeur est rapide. L'intervention devient une urgence.

Somme toute, l'histologie jusqu'à maintenant complète les données endoscopiques pour l'établissement des classes et permet une première discrimination du traitement et, d'autre part, elle permet d'apprécier le potentiel évolutif de la tumeur et détermine son urgence opératoire.

L'intervention est décidée. Au cours de l'opération, l'examen du siège, du nombre, de l'étendue de la tumeur va imposer une exérèse déterminée. Mais surtout au cours de l'intervention, l'appréciation de la pénétration de la tumeur dans la profondeur du muscle vésical sera beaucoup plus précise que l'examen clinique n'avait permis de le déterminer.

C'est l'établissement des groupes de JEWETT.

Nous proposons même à cet égard, l'emploi de techniques histologiques extemporanées sur une tranche de section tumorale.

— Ainsi pour les tumeurs non infiltrantes (*groupe O*) et pour les tumeurs du *groupe A* n'infiltrant que la muqueuse et la sous-muqueuse à l'exclusion du muscle, on peut se contenter d'une taille exérèse localisée — dans la mesure où le siège de la tumeur et les conditions opératoires le permettent.

— Pour les tumeurs du *groupe B* où la musculuse est atteinte, mais non totalement rompue, une exérèse plus large s'impose.

Une fois la pièce opératoire au laboratoire, on pourra, de même, préciser le pronostic ultérieur :

- jamais de métastases pour le *groupe A* ;
- dans certains cas, des métastases apparaissent pour le *groupe B* ;
- elles sont de règle dans le *groupe C* et surtout *C<sub>2</sub>*.

Ainsi JEWETT [106], dans ses statistiques, trouve :

- 1 seul cas de métastases pour 15 tumeurs du *groupe B* ;
- et 52 cas avec métastases sur 89 tumeurs de vessie du *groupe C*.
- C'est pourquoi dans le *groupe C*, nous proposons la cystectomie totale accompagnée d'un curage le plus soigneux possible des chaînes lymphatiques qu'il que puisse être le risque opératoire.

Dans les cas simples, ce schéma est parfaitement suffisant. C'est pour débrouiller les cas limites que certaines techniques sont du plus haut intérêt.

Il est parfois difficile d'affirmer l'intégrité de la sous-muqueuse. L'emploi de l'imprégnation argentique pour l'étude de la réticuline, comme l'a proposé GUYGOU [90], trouve tout son intérêt pour départager au laboratoire un groupe O d'un groupe A hésitant.

Il reste encore des cas de doute. Ces cas proviennent : soit d'une erreur d'orientation dans la technique histologique ; soit d'une prise insuffisante ; soit encore de l'extrême polymorphisme histologique des tumeurs de la vessie qui, en certains points, peuvent revêtir un aspect déterminé, formellement contredit par un prélèvement voisin. MELICOW [138] y a particulièrement insisté.

Ces difficultés expliquent assez les critiques dont la biopsie a pu faire l'objet pour le diagnostic histologique des tumeurs de la vessie (COUVELAIRE [37], CIBERT et DURAND [28]).

En outre, des courants électriques d'intensité trop grande utilisés dans la biopsie par résection, risquent de brûler les copeaux biopiques, comme DEAN et ASH [53] l'ont souligné dernièrement.

De même dans certaines tailles où la totalité de l'épaisseur musculaire n'est pas prélevée, le diagnostic de groupe B peut être porté, mais rien ne prouve l'intégrité de l'adventice.

---

Les schémas ci-contre illustrent :

A GAUCHE :

A la suite de JEWETT, nous appelons groupes les divers stades d'envahissement de la paroi vésicale.

- Groupe O : n'est pas représenté, c'est un stade uniquement de prolifération muqueuse.
- Groupe A : envahissement muqueux et sous-muqueux.
- Groupe B : envahissement de la musculature qui n'est pas totalement rompue.
- Groupe C : envahissement des espaces cellulo-graisseux péri-vésicaux avec persistance ou non d'une mince bande de tissu conjonctif (groupe C<sub>1</sub> ou C<sub>2</sub>).

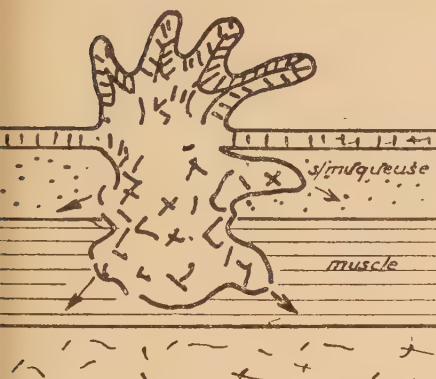
A DROITE :

- Classe I : petite tumeur papillaire et frangée. Pédicule d'implantation étroit. Muqueuse saine.
- Classe II : caractères morphologiques identiques à la précédente mais à pédicule large.
- Classe III : aspect endoscopique voisin des précédents, mais muqueuse péri-tumorale rouge et congestive. Histologiquement, basale rompue. Présence de mitoses. Il peut exister une fusée d'éléments épithéliaux vers les couches profondes.
- Classe IV : tumeurs cliniquement et histologiquement infiltrantes.

GROUPE A (JEWETT)



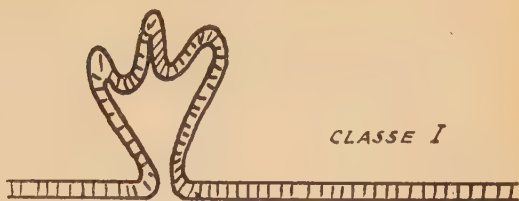
GROUPE B



GROUPE C



CLASSE I



CLASSE II



CLASSE III



CLASSE IV



C'est dans ces cas que nous disons que la tumeur appartient à un groupe égal ou supérieur à B ( $\geq$  B) sans qu'il soit possible de le préciser.

\* \* \*

Pour conclure ce chapitre sur les classifications, il nous faut citer les tumeurs épithéliales primitives que sont les tumeurs colloïdes de la vessie. Elles sont très rares. Ces tumeurs colloïdes ou épithéliomas glandulaires ont fait l'objet d'une mise au point récente d'AUVIGNE et KERNEIS [6] à propos de deux cas personnels.

On admet actuellement que ces tumeurs sont dérivées soit de restes embryonnaires qui leur donnent une structure voisine de l'ouraqué, soit par métaplasie à partir de l'épithélium vésical normal.

Deux localisations principales :

— trigone et col vésical où il est difficile de les distinguer d'un envahissement secondaire à une tumeur prostatique ;

— dôme vésical où l'origine ouraquienne est très souvent admise.

D'autres cas récents de tumeurs épithéliales glandulaires primitives de la vessie confirment l'un ou l'autre de ces hypothèses (BONNARD, DAX et BERGE [17], J.L. BONENFANT [16], CHAUVIN et BONNEAU [23]).

---

### CHAPITRE III

## DIAGNOSTIC POSITIF DES TUMEURS VÉSICALES

---

Insistons sur l'intérêt d'un diagnostic précoce. L'étude de l'intervalle entre l'apparition du premier symptôme et l'application du premier traitement est démonstrative à ce sujet.

Ainsi pour les malades du groupe O de JEWETT que nous avons dans notre statistique, nous voyons que, sur 60 cas :

— 19 ont eu un seul traitement et pas de récurrence.

L'intervalle moyen pour ces cas-là entre le premier symptôme et le premier traitement est de 8,8 mois ;

— 20 cas du groupe O ont présenté des récurrences et plusieurs traitements :

— dans ce groupe, l'intervalle premier symptôme - premier traitement est en moyenne de vingt et un mois ;

— des 4 cas qui sont morts après traitement, l'intervalle premier symptôme - premier traitement est de plus de sept ans.

Nous avons étudié de la même manière les diverses autres catégories de malades de notre statistique en différenciant pour chaque groupe de JEWETT :

— ceux qui ont eu un seul traitement, qui ont été suivis régulièrement, qui sont vivants et qui n'ont pas eu de récurrences ;

— ceux, actuellement suivis, qui ont eu plusieurs récurrences et plusieurs traitements ;

— ceux qui sont morts après un traitement curatif ou palliatif ou qui n'ont eu aucun traitement ;

— nous avons éliminé enfin par groupe ceux des malades dont l'intervalle premier symptôme - premier traitement, ou la durée de survie n'ont pu être précisés.

Ces résultats sont rassemblés dans le *tableau II*.

| GROUPES :<br><br>164 CAS | PATIENTS VIVANTS<br>66 CAS             |        |                                       |                         |                     | PATIENTS MORTS<br>50 CAS                                         |                             |            |        |                                                       | Pourcentages de<br>décès par groupe<br>par rapport |        |                                        |                                                  |
|--------------------------|----------------------------------------|--------|---------------------------------------|-------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|--------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------|----------------------------------------|--------------------------------------------------|
|                          | Un seul traitement<br>Pas de récidives |        | Plusieurs récidives<br>et traitements |                         |                     | L'intervalle ou la survie<br>sont inconnus<br>Nombre de cas : 47 | Après traitement<br>curatif |            |        | Après traitement<br>palliatif ou pas de<br>traitement |                                                    |        | Au nombre<br>total de chaque<br>groupe | Au nombre de<br>cas suivis dans<br>chaque groupe |
|                          | 34 cas                                 | 32 cas | Nombre de cas                         | Intervalle<br>(en mois) | Survie<br>(en mois) |                                                                  | Nombre de cas               | Intervalle | Survie | Nombre de cas                                         | Intervalle                                         | Survie |                                        |                                                  |
|                          |                                        |        |                                       |                         |                     |                                                                  |                             |            |        |                                                       |                                                    |        |                                        |                                                  |
| GROUPE O<br>60 cas       | 19                                     | 8,8    | 27                                    | 20                      | 21                  | 25                                                               | 17                          | 4          | 84     | 10                                                    |                                                    | 6,6 %  | 8 %                                    |                                                  |
| GROUPE A<br>20 cas       | 4                                      | 19     | 12                                    | 5                       | 26                  | 20                                                               | 7                           | 4          | 8      | 4                                                     |                                                    | 20 %   | 30 %                                   |                                                  |
| GROUPE B<br>36 cas       | 7                                      | 12     | 17                                    | 4                       | 23                  | 20                                                               | 10                          | 12         | 23     | 8                                                     | 3,5                                                | 41 %   | 57 %                                   |                                                  |
| GROUPE C<br>31 cas       | 3                                      | 6      | 10                                    | 1                       | 4                   | 27                                                               | 5                           | 18         | 9      | 7                                                     | 20                                                 | 73 %   | 88 %                                   |                                                  |
| GROUPE<br>INDÉTERMINÉ    | 1                                      | 17     | 7                                     | 3                       | 36                  | 27                                                               | 8                           | 3          | 57     | 25                                                    | 8                                                  | 29 %   | 55 %                                   |                                                  |

Voyons maintenant les moyens diagnostiques utilisés dans le Service d'urologie de l'hôpital Saint-Louis et tout d'abord :

## I. — LA CLINIQUE

Nous n'insisterons pas sur l'interrogatoire qui est ici d'une importance primordiale pour l'étude des antécédents.

### LES SYMPTOMES REVELATEURS

#### a) L'HÉMATURIE

C'est le signe révélateur le plus fréquent. 75 % des cas de notre statistique l'on présenté.

Cette hématurie a des caractères particuliers qui ont été précisés par F. GUYON et son école, et qu'il est important de rechercher.

L'hématurie révélatrice est d'apparition brutale : en pleine santé apparente, le patient s'aperçoit tout à coup qu'il urine du sang.

- L'absence de douleurs ;
- Le caractère spontané ;
- L'abondance ;
- La répétition à intervalles plus ou moins longs ;
- L'indifférence au repos ;
- Le renforcement terminal

tels sont les signes caractéristiques de l'hématurie d'une tumeur vésicale.

— Lorsqu'elle est très abondante, elle peut provoquer une anémie plus ou moins accentuée, et aller même jusqu'à la mort par hémorragie et anémie aiguë comme dans notre *observation n° 165* où le malade est mort avant qu'il ait pu être transporté dans un service hospitalier.

— L'hématurie peut ne pas être abondante ; l'épreuve des trois verres confirme son renforcement terminal.

— Parfois même, il faut faire la preuve microscopique ou chimique de la présence de sang dans les urines.

Nous insistons sur l'intérêt qu'il y a à pratiquer une cystoscopie en période hématurique. L'hématurie ayant une valeur localisatrice irremplaçable.

#### b) LA CYSTITE

Avec sa triade caractéristique :

- pyurie ;
- pollakiurie ;
- dysurie ;

peut être, elle aussi, un symptôme révélateur (10 % de nos cas), mais comme elle est moins impressionnante pour le malade et pour le médecin qu'une hématurie, elle est souvent soignée pendant de longs mois, sans succès, avant que le malade soit orienté vers un service d'urologie.

La cystite isolée, premier symptôme, est singulièrement le fait de la femme, puisque sur 16 cas, 10 patients étaient des femmes. La cystite a été donc pour près de 30 % de nos malades femmes, le symptôme révélateur, ou tout au moins le premier symptôme à apparaître.

c) D'autres symptômes ont été révélateurs chez nos malades :

— Pour 6 d'entre eux, une rétention aiguë intermittente (à claquet) ou pas.

— Quelquefois des brûlures de l'urèthre sont retrouvées dans les antécédents immédiats de certains de nos malades.

— Parfois des lombalgies attirent l'attention sur l'arbre urinaire et une urographie intra-veineuse pratiquée à leur propos montre un éventuel retentissement rénal ou une amputation d'une partie de la silhouette de la vessie en examinant la cystographie de sécrétion.

— Trois de nos cas ont présenté une asthénie et un amaigrissement de plusieurs dizaines de kilos des mois avant l'apparition d'un symptôme orientant les recherches étiologiques vers la sphère urinaire (*obs. n<sup>os</sup> 48, 130, 108*).

— Il peut même n'y avoir aucun signe révélateur clinique, tel notre cas n<sup>o</sup> 117, où la tumeur vésicale a été découverte au cours d'une adénomectomie prostatique par voie trans-vésicale sus-pubienne.

## II. — L'ENDOSCOPIE

C'est encore actuellement le meilleur procédé de diagnostic des tumeurs de vessie, que ce soit en période hématurique ou pas.

Si le premier « endoscopiste » a été DESORMEAUX en 1853, c'est NITZE, en 1886, créateur du cystoscope à source lumineuse à l'intérieur de la vessie et à système optique, qui a élargi le champ d'examen endoscopique et a universalisé cette méthode d'examen (cité par PAPIN [153]).

La cystoscopie permet de préciser :

a) LE SIÈGE DES TUMEURS VÉSICALES

Il est important de déterminer :

— Les rapports de la vessie avec les orifices urétéraux.

— Les indications opératoires pouvant varier selon qu'une tumeur de vessie est au dôme ou sur une face, ou si elle siège dans le trigone.

— Les diverses incidences des cystoscopes actuels permettent d'explorer la totalité de la surface muqueuse vésicale.

Si pour GUYON [37] :

— 60 % des tumeurs vésicales siégeaient dans la région du trigone et près des orifices urétéraux ;

— 30 % sur les faces latérales ;

— et 10 % sur le dôme ;

des travaux plus récents donnent des pourcentages sensiblement différents.

Les statistiques du « Carcinoma Registry » colligées par F. MOSTOFI [146], portant sur 2.678 cas, donnent un pourcentage de :

— 21 % pour le trigone ;

— 73 % pour les faces ;

— 6 % pour le dôme.

Notre statistique personnelle indique pour les 158 cas où le siège a été précisé :

— 39 % pour le trigone ;

— 53 % pour les faces ;

— 8 % pour le dôme.

On sait l'intérêt d'un examen systématique de chaque portion vésicale. La découverte d'une tumeur vésicale ne doit pas faire suspendre la cystoscopie car on sait la fréquence des tumeurs multiples :

— 50 % pour COUVELAIRE citant GUYON [37] ;

— 24 % pour MOSTOFI [146] ;

— 33 % dans notre statistique.

#### b) LE RÔLE DE LA CYSTOSCOPIE

Nous avons vu au chapitre classification le rôle indispensable de la cystoscopie.

— Elle précise l'existence d'un pédicule large ou étroit.

— L'existence d'ombre portée qui caractérise les tumeurs papillaires.

— L'aspect des tumeurs a son importance :

— longues franges grêles et déliées ;

— courtes, agglomérées ;

— une ulcération, une nécrose, une calcification sont à noter.

— L'aspect de la muqueuse avoisinante a, comme nous l'avons vu, son importance diagnostique :

— est-elle rouge, boursouflée ?

— très vascularisée ?

— Enfin la cystoscopie, par l'appréciation de la taille de la tumeur qu'elle permet, orientera la thérapeutique soit vers la voie endoscopique, soit vers l'exérèse par laparotomie sus-pubienne.

Elle est enfin le temps préalable à la biopsie.

### III. — LA BIOPSIE

Elle est pratique dans le service soit :

— par électro-résection endoscopique ;

— ou par pince biopsique endoscopique.

Elle peut aussi être pratiquée par aspiration avec une sonde urétérale au cours d'une cystoscopie.

En cas de tumeur de toute petite taille, elle comporte l'exérèse de la tumeur en totalité et est donc aussi un moyen thérapeutique que l'on complète par une électro-coagulation de la surface d'insertion.

Il est souvent difficile de prélever un fragment biopsique correct :

— Il doit être prélevé en zone tumorale.

— Il doit être suffisamment épais pour avoir sur le fragment l'assise cellulaire basale de l'épithélium pour permettre l'étude d'un envahissement en profondeur.

— Le fragment doit être assez gros pour permettre une étude anatomo-pathologique valable.

— En cas de biopsie par électro-résection, l'intensité du courant électrique doit être la moins élevée possible pour éviter de brûler les copeaux biopsiques.

Ainsi DEAN et ASH [53] ont insisté dernièrement à propos de 100 cas de biopsie.

La distorsion des cellules provoquée par l'électricité rend 25 % de leurs coupes illisibles au microscope. La distinction entre tissu sain et tissu pathologique est alors très difficile à faire. Si le fragment biopsique est petit ou si la tumeur est très petite, la totalité des coupes subit cette distorsion cellulaire et il est alors impossible d'avoir un diagnostic histologique.

Nous avons vu que la biopsie, pour nous, était indispensable pour permettre une classification des tumeurs vésicales et, partant indispensable aux indications thérapeutiques.

#### IV. — LES FROTTIS URINAIRES SELON LA METHODE DE PAPANICOLAOU

P. ABOULKER et J. CHOMÉ [2] ont déjà précisé en 1954 leurs intérêts et leurs inconvénients.

##### *Inconvénients :*

— Complexité de la méthode et nécessité d'avoir un cytologiste très averti.

— Ne permettent pas d'indications thérapeutiques précises car ils ne reflètent pas le degré d'envahissement de la tumeur.

— L'existence d'un frottis positif ne permet pas de localiser la tumeur dans la vessie : ce peut être une tumeur urétérale ou pyélique.

##### *Intérêts :*

Leur intérêt est dans la surveillance du patient ayant déjà eu un traitement pour tumeur de vessie. Les frottis urinaires permettent le dépistage de la reprise du processus tumoral évolutif. Sans avoir besoin de pratiquer à chaque fois une cystoscopie, beaucoup plus simple à faire, mais qui est souvent moins bien acceptée.

On sait d'autre part qu'un seul résultat, s'il est négatif, ne permet pas d'éliminer l'existence d'une tumeur des voies urinaires.

#### V. — LA RADIOLOGIE

Parmi les nombreuses méthodes utilisées, trois sont d'un usage courant :

##### 1° L'UROGRAPHIE INTRA-VEINEUSE

C'est l'examen radiologique le plus facile à pratiquer.

Elle permet l'étude de la totalité de l'arbre urinaire.

a) Elle permet de *rechercher le retentissement des tumeurs vésicales sur les voies urinaires hautes*, ce qui est loin d'être rare.

Ainsi sur les 117 urographies pratiquées chez nos malades, nous avons noté chez 56 d'entre eux l'existence uni, ou bilatérale parfois, d'une modification morphologique de la silhouette urographique normale.

Images de stase telles que :

— images en boule ;

— dilatation pyélo-urétérale ;

— retard à l'élimination de la substance opaque.

Il est nécessaire d'avoir une dilatation de la totalité des uretères pour pouvoir parler d'un obstacle vésical.

Nous avons noté parfois même, une exclusion d'un arbre urétéro-pyélocaliciel. (Dans ces cas, il faut préciser la morphologie par une urétéro-pyélographie rétrograde.)

Dans un de nos cas d'exclusion (*obs. n° 158*), il s'agissait d'une papillomatose pyélo-urétéro-vésicale dans laquelle la tumeur vésicale qui nous occupe n'était qu'une métastase ou une greffe de la tumeur pyélique primitive.

Certains auteurs, comme COUVELAIRE et LEMAIRE [42], ont fait du retentissement rénal un signe de malignité des tumeurs vésicales. de même que CIBERT et DURAND [28].

Pour nous, toutes les tumeurs de vessie sont des épithéliomas, donc des tumeurs malignes. Le retentissement urinaire supérieur est parfois le reflet de la tendance infiltrante de la tumeur, mais est toujours la preuve de la localisation juxta-urétérale de la tumeur.

Ainsi, chez 60 de nos malades qui composent le groupe O de JEWETT (tumeurs strictement muqueuses), nous avons 15 cas avec retentissement rénal du fait du siège de la tumeur. Quatre de ces malades sont morts parce que la tumeur vésicale, ayant évolué en moyenne sept ans avant tout traitement, a provoqué des lésions du parenchyme rénal irréversibles.

Nous avons groupé dans un tableau (*tableau III*), à propos de chaque groupe de JEWETT, le nombre de retentissements des voies urinaires hautes par rapport au nombre d'urographies intra-veineuses pratiquées :

|                                | Nombre<br>d'U.I.V. | Nombre de<br>retentissements<br>rénaux | Proportion<br>R.R./U.I.V. |
|--------------------------------|--------------------|----------------------------------------|---------------------------|
| Groupe O (60 cas) .....        | 40                 | 14                                     | 35 %                      |
| Groupe A (20 cas) .....        | 12                 | 6                                      | 50 %                      |
| Groupe B (36 cas) .....        | 26                 | 17                                     | 65 %                      |
| Groupe C (31 cas) .....        | 26                 | 13                                     | 50 %                      |
| Groupe indéterminé (17 cas) .. | 12                 | 6                                      | 50 %                      |

Ce qui démontre qu'il n'y a aucun rapport entre l'envahissement en profondeur et le nombre de retentissements sur les voies urinaires hautes.

b) *La cystographie de sécrétion*, que l'on obtient à la fin d'une urographie intra-veineuse, permet alors d'étudier la silhouette vésicale. En faisant varier les incidences (profil, face, trois quarts), c'est en général suffisant pour préciser le siège et le volume d'une tumeur vésicale.

## 2° LA CYSTOGRAPHIE RÉTROGRADE APRÈS RÉPLÉTION VÉSICALE PAR UN LIQUIDE OPAQUE AUX RAYONS X

Elle permet, comme la cystographie de sécrétion, de préciser le siège, le volume d'une tumeur vésicale, mais surtout elle dessine les diverticules vésicaux et permet de rechercher une éventuelle tumeur intra-diverticulaire. Intérêt d'utiliser un liquide opaque peu concentré.

## 3° LA PNEUMO-CYSTOGRAPHIE AVEC SUBSTANCE FLOCLANTE

La floculation qui se produit sur les zones pathologiques donne une image très précise des tumeurs vésicales.

D'autres méthodes ont été proposées.

— *La péri-pneumo-cystographie* par injection d'air dans l'espace de Retzius (DARGET, BALLANGER, CHAUVIN [48]), en même temps qu'une cystographie rétrograde.

— *La pelviveinographie*, de E. ZEIMAN [194], qui permettrait d'après l'auteur d'étudier l'envahissement néoplasique du système veineux latéro-vésical qui serait très précocement bloqué.

— *La tomographie* (J. LANGE [122], dans les cas où la cystoscopie est impossible, et dans les tumeurs infiltrantes où il y aurait intérêt à combiner avec une injection gazeuse péri-vésicale.

Ces dernières méthodes ne sont pas entrées dans la pratique courante en matière de radiologie des tumeurs vésicales. Elles peuvent être intéressantes dans certains cas très particuliers.

Lorsque les différents moyens de diagnostic que nous venons de passer en revue nous auront permis de diagnostiquer l'existence d'une tumeur vésicale, il faudra alors, par un palper bimanuel abdomino-pelvien très minutieux, souvent même sous anesthésie générale, rechercher l'infiltration pariétale de la tumeur vésicale, ce que nous avons vu être un temps important proposé par JEWETT et STRONG [196] pour arriver à leur classification. C'est souvent difficile, même pour un examinateur très expert, de percevoir une infiltration à son début.

On n'omettra pas non plus de rechercher cliniquement et radiologiquement l'éventualité de métastases dans les cas d'infiltration manifeste. S'il existe des métastases, on sait que seule une thérapeutique palliative pourra être proposée.

Ainsi ces différents moyens de diagnostic nous auront précisé :

- le siège de la tumeur ;
- son étendue en surface et en profondeur ;
- sa classe endoscopique ;
- son degré de malignité ;
- l'existence éventuelle d'un retentissement des voies urinaires supérieures.

Nous allons voir maintenant les divers traitements appliqués à nos 164 cas de tumeurs vésicales.

---

## CHAPITRE IV

### TRAITEMENTS ET RÉSULTATS

---

Nous allons voir, à propos de chacun des traitements utilisés comme première thérapeutique, la répartition par groupe de JEWETT des malades ainsi que les résultats thérapeutiques.

#### I. — L'ÉLECTRO-COAGULATION ENDOSCOPIQUE (E. C.)

Elle a été pratiquée comme premier traitement chez 23 de nos malades. Chez 18 d'entre eux, il y a eu récurrence et un nouveau traitement.

##### a) *Sur 11 cas du groupe O de JEWETT :*

- 4 vont bien et n'ont pas eu de récurrences depuis trente mois en moyenne ;
- 4 sont vivants après plusieurs récurrences traitées par de nouvelles électro-coagulations ;
- 1 est vivant après plusieurs récurrences traitées par E.C., résection ou rayons X ;
- 2 n'ont plus donné de leurs nouvelles.

##### b) *Sur 3 cas du groupe A :*

- Les 3 ont eu des récurrences :
  - le premier traité par une nouvelle E.C. ;
  - le deuxième, une cystectomie partielle un mois après la première E.C. et une nouvelle récurrence E.C. sept mois après la cystectomie partielle ;
  - le troisième, qui était groupe A ou supérieur à A et du grade de Broders 3-4 (très anaplasique), a eu une urétérostomie cutanée bilatérale en 1953. Depuis, sans nouvelles.

c) *Des 4 cas du groupe B :*

- 2 sont morts sept et vingt-cinq mois après une cystectomie partielle pour récidence ;
- 1 autre est vivant après plusieurs récides et traité en dernier par une cystectomie partielle ;
- le dernier a eu une récidence traitée par résection. Depuis, pas de nouvelles.

d) *Les 2 cas du groupe C :*

Traités dans un premier temps par E.C. :

- le premier va bien après cystectomie partielle depuis vingt-sept mois ;
- le deuxième est mort après une électro-coagulation pratiquée par taille sus-pubienne.

e) *Des 3 cas dont on n'a pu déterminer le groupe :*

- 2 ont eu de nombreuses récides E.C. par voie endoscopique et sont vivants depuis plus de cinq ans ;
- le troisième est mort d'un cancer du larynx.

## II. — LA RÉSECTION ENDOSCOPIQUE

C'est une électro-résection par voie endoscopique suivie d'une électro-coagulation de la base d'implantation de la tumeur.

31 cas traités :

- 19 cas du groupe O ;
- 4 cas du groupe A ;
- 4 cas du groupe B ;
- 1 cas du groupe C ;
- 3 cas de groupe indéterminé.

a) *19 cas du groupe O :*

- 6 sont vivants sans récides avec une survie moyenne de vingt-deux mois ;
- 5 sont vivants avec une survie moyenne de huit mois, mais ont eu une ou plusieurs récides traitées soit par E.C., résection, C. partielle ou C. totale ;
- 4 sont morts avec ou sans récides (2 cas où on ignore la durée de la survie) ;
- 1 cas décédé de collapsus un jour après l'intervention ;

- 1 cas mort quatre-vingt-seize mois après la résection dans les suites opératoires d'une taille vésicale pour récidence ;
- 4 ont été perdus de vue.

b) 4 cas du groupe A :

- le premier est mort deux mois après d'hémorragie interne ;
- le deuxième n'a plus donné de ses nouvelles ;
- le troisième est vivant sans récides depuis quatre mois ;
- le quatrième est vivant depuis trente-six mois, mais a subi une taille pour récidence dix mois après la résection.

c) 4 cas du groupe B :

- 1 est mort quatre mois après la résection ;
- 1 est mort quatorze mois après une cystectomie totale secondaire ;
- 1 est en vie depuis dix mois, mais a eu une récidence ;
- le quatrième a été perdu de vue.

d) 1 cas du groupe C :

- Mort huit mois après la résection. Cachexie.

e) 3 cas de groupe indéterminé :

- 2 sont vivants huit et seize mois après le traitement par résection, mais chacun d'eux a eu une récidence traitée par électro-coagulation endoscopique ;
- 1 a été perdu de vue.

### III. — TAILLE SUS-PUBIENNE

Ce sont :

- les tailles vésicales avec électro-coagulation de la tumeur par voie sus-pubienne ;
- ou excision de la tumeur et d'une collerette muqueuse au bistouri électrique.

Dans 50 cas, la taille a été le premier ou le seul traitement appliqué :

- 25 cas du groupe O [ou  $\geq$  O. (Tumeur dont la biopsie ou la pièce opératoire n'a pu préciser l'envahissement exact en profondeur.)]
- 9 cas du groupe A ;
- 12 cas du groupe B ;
- 2 cas du groupe C ;
- 3 cas de groupe indéterminé.

a) 25 cas du groupe O :

- 8 sont vivants sans récédives depuis trente et un mois en moyenne ;
- 14 sont vivants et ont présenté une ou plusieurs récédives traitées par taille, résection, radiothérapie, radio-isotopes ou podophylline ;
- 1 a été perdu de vue ;
- 2 sont morts :
  - le premier, trente-sept mois après la taille d'une récédive du groupe B ;
  - le deuxième est mort seize ans après la première taille qu'il ait subi en 1939 et a été traité quatre fois par taille vésicale pour récédives.

b) 9 cas du groupe A :

- 1 n'a plus donné de ses nouvelles ;
- 3 sont vivants sans récédives depuis plus de seize mois ;
- 4 autres sont vivants après une ou plusieurs récédives traitées ;
- 1 est mort d'infarctus du myocarde quelques mois après le traitement.

c) 12 cas du groupe B :

- 8 cas sont morts après une survie moyenne de treize mois :
  - 1 cas est mort trois jours après la taille ;
  - 1 cas a subi une cystectomie totale par la suite ;
  - 6 cas ont eu des récédives traitées d'une autre manière par la suite avant de mourir ;
- 3 cas sont vivants :
  - 2 sans récédives depuis quatre et huit mois ;
  - le troisième a eu une récédive vingt-six mois après, traitée par résection endoscopique ;
- 1 cas n'a plus donné de ses nouvelles.

d) 2 cas du groupe C :

- l'un est mort trois mois après la taille ;
- le deuxième, six mois après la taille ; dernier traitement d'une papillomatose vésicale ayant évolué pendant dix-neuf années.

e) 3 cas de groupe indéterminé :

- 1 cas a été perdu de vue ;
- le deuxième va bien depuis sept mois ; pas de récédives ;
- le troisième est mort, deux ans après la taille, d'anémie aiguë par récédive probable.

#### IV. — LA CYSTECTOMIE PARTIELLE

Par voie abdominale.

Excision d'une portion de vessie avec reconstitution du réservoir vésical.

Parfois réimplantation d'un uretère lorsque le siège de la tumeur oblige à l'exérèse d'un des orifices urétéraux.

21 cas ont été traités par *cystectomie partielle* :

- 3 cas du groupe A ;
- 8 cas du groupe B ;
- 8 cas du groupe C ;
- 2 cas de groupe indéterminé.

a) 3 cas du groupe A :

- Le premier va bien dix-huit mois après la cystectomie partielle. Pas de récives.
- Le deuxième, pas de récive depuis trente-quatre mois.
- Le cas du troisième est intéressant :
  - hématuries depuis août 1954 ;
  - découverte d'une tumeur, masquant l'O.U.D., en février 1955. Rein droit exclu à l'urographie intra-veineuse ;
  - résection de la tumeur vésicale ;
  - néphrectomie droite, pyonéphrose droite et papillomatose pyélique ;
  - récive vésicale traitée par cystectomie partielle et urétérectomie totale droite en novembre 1955.

b) 8 cas du groupe B :

- 3 sont morts après une survie moyenne de douze mois ;
- 2 sont vivants avec une survie moyenne de vingt et un mois. Pas de récives ;
- 2 sont vivants depuis vingt-sept et huit mois et ont eu une récive traitée ;
- 1 sans nouvelles depuis le traitement.

c) 8 cas du groupe C :

- 4 sont morts après trois mois et demi de survie moyenne ;
- 2 cas n'ont plus donné de leurs nouvelles ;
- 1 cas est vivant depuis sept mois mais présente une récive ;
- 1 seul cas va bien depuis vingt-cinq mois, sans récive.

d) 2 cas de groupe indéterminé :

- le premier a eu la cystectomie partielle en 1951. A présenté deux récidives traitées par isotopes radio-actifs. Est mort en juin 1955 ;
- le deuxième, mort quelques semaines après la cystectomie partielle.

## V. — LA CYSTECTOMIE TOTALE

Comporte :

- Chez l'homme, l'exérèse en bloc de la vessie, la prostate et les vésicules séminales ;
- Chez la femme, exérèse de la vessie et de l'utérus.

Dans le Service, est pratiquée par voie abdominale, l'urétéro-sigmoïdostomie se faisant dans le même temps que la cystectomie totale.

23 cas ont subi une C.T. :

- 2 cas du groupe A ;
- 6 cas du groupe B ;
- 15 cas du groupe C.

a) 2 cas du groupe A :

- le premier est mort trois jours après l'intervention d'hémorragie interne ;
- le deuxième est mort treize mois après d'occlusion et de carcinose pelvienne.

b) Les 6 cas du groupe B :

- 3 cas sont vivants et bien portants, depuis :
  - 19 mois ;
  - 43 mois ;
  - et 7 mois, ce dernier a subi une lymphadénectomie pelvienne dans le même temps opératoire ;
- 3 cas sont morts (ce sont 3 cas du groupe B ou plus grand que B):
  - le premier, après huit jours (urémie) ;
  - le deuxième, après dix-huit mois (métastases) ;
  - le troisième après quatorze mois (carcinose pelvienne).

c) Les 15 cas du groupe C :

- 13 cas sont décédés après une survie moyenne de huit mois et demi ;
- 5 d'entre eux ont eu des récidives cliniquement décelables ;

— 2 cas sont vivants :

- le premier, depuis cinq mois ;
- le deuxième, depuis dix huit mois. Il a présenté une fistule recto-abdominale et a subi une néphrostomie. Actuellement, mauvais état général. Urée sanguine : 1,80 g.

## VI. — AUTRES THÉRAPEUTIQUES UTILISÉES

23 cas :

- 5 du groupe O ;
- 7 du groupe B ;
- 5 du groupe C ;
- 6 de groupe indéterminé.

a) 5 cas du groupe O :

- 2 cas ont eu une biopsie par résection et sont vivants ;
- 1 cas traité par radiothérapie, actuellement vivant ;
- 1 cas traité par podophylline ; depuis, sans nouvelles ;
- 1 cas a eu une biopsie ; sans nouvelles depuis.

b) 7 cas du groupe B :

- 4 biopsies par résection :
  - 3 morts ;
  - 1 sans nouvelles depuis ;
- 1 cas : biopsie et pas de traitement ; décédé un mois et demi après d'aortite syphilitique ;
- 1 cas : laparotomie exploratrice et radiothérapie ; mort ;
- 1 cas : cystostomie et rayons X ; mort trois mois après.

c) 5 cas du groupe C :

Tous du groupe C<sub>2</sub> :

- 1 cas a subi une urétéro-sigmoïdostomie bilatérale ; décédé douze jours après ;
- 1 cas : biopsie ; mort huit jours après d'une syncope cardiaque ;
- 2 cas : laparotomies exploratrices et biopsie d'un ganglion lymphatique. Tous les 2 morts : l'un un jour après la biopsie ; le deuxième huit mois après ;
- 1 cas : cystostomie ; décédé quelques semaines après.

d) 6 cas de groupe indéterminé :

- 3 biopsies :
  - 1 parti avant d'être traité ;

- 1 vivant ;
- 1 mort ;
- 2 cystostomies :
  - 1 depuis sans nouvelles ;
  - 1 mort quatre mois après ;
- 1 laparotomie : mort neuf mois après.

\* \*

Nous allons revoir à nouveau les résultats thérapeutiques, cette fois-ci en les rassemblant par groupe de JEWETT, ce qui nous permettra de tirer quelques conclusions thérapeutiques.

# I — GROUPE O = 60 CAS

|                       |             | <i>Vivants</i> | <i>Morts</i> | <i>Sans nouvelles</i> |
|-----------------------|-------------|----------------|--------------|-----------------------|
| Taille                | (25 cas) .. | 22             | 2            | 1                     |
| Résection             | (19 cas) .. | 11             | 4            | 4                     |
| Biopsie par résection | (3 cas) ..  | 2              |              | 1                     |
| Electro-coagulation   | (11 cas) .. | 9              |              | 2                     |
| Radiothérapie         | (1 cas) ..  | 1              |              |                       |
| Podophylline          | (1 cas) ..  |                |              | 1                     |

## A NOTER :

- Les 2 morts après taille vésicale :
  - le premier, après trente-sept mois de survie et récides multiples, dont le groupe de JEWETT était alors au moins du groupe B ;
  - le deuxième, mort après seize ans d'une papillomatose vésicale et quatre mois après la quatrième taille vésicale pour récide.
- Les 4 morts après résections endoscopiques :
  - le premier, un jour après l'intervention ;
  - 2 sont morts à une date inconnue. Ils n'ont pas été surveillés et suivis d'une manière régulière ;
  - le quatrième est mort, huit ans après la résection, dans les suites opératoires d'une taille pour récide.

## II — GROUPE A = 20 CAS

|                         |            | <i>Vivants</i> | <i>Morts</i> | <i>Sans nouvelles</i> |
|-------------------------|------------|----------------|--------------|-----------------------|
| Cystectomies totales    | (2 cas) .. |                | 2            |                       |
| Cystectomies partielles | (3 cas) .. | 3              |              |                       |
| Tailles                 | (9 cas) .. | 8              | 1            |                       |
| Résection               | (4 cas) .. | 2              | 1            | 1                     |
| Electro-coagulation     | (2 cas) .. | 1              |              | 1                     |

### A NOTER :

- Que les 2 morts après cystectomie totale :
  - l'un est mort trois jours après l'intervention, d'une hémorragie interne ;
  - l'autre, treize mois après d'une occlusion intestinale.
- Que le décès après taille avait un groupe de JEWETT supérieur à A et que jusqu'à la mort, des hématuries ont été permanentes. La taille a donc été insuffisante.
- Que le décès après résection est dû à une hémorragie interne deux mois après l'intervention.
- Que le cas vivant après électro-coagulation a été traité un mois après par une cystectomie partielle.

## III — GROUPE B = 36 CAS

|                                |             | <i>Vivants</i> | <i>Morts</i> | <i>Sans nouvelles</i> |
|--------------------------------|-------------|----------------|--------------|-----------------------|
| Cystectomies totales           | (6 cas) ..  | 3              | 3            |                       |
| Cystectomies partielles        | (8 cas) ..  | 4              | 3            | 1                     |
| Tailles                        | (11 cas) .. | 3              | 7            | 1                     |
| Résections                     | (3 cas) ..  | 1              | 1            | 1                     |
| Electro-coagulation            | (1 cas) ..  |                |              | 1                     |
| Biopsies                       | (4 cas) ..  |                | 3            | 1                     |
| Laparot. + R. X                | (1 cas) ..  |                | 1            |                       |
| Cystostomie                    | (1 cas) ..  |                | 1            |                       |
| Pas de trait. Aortite $\Sigma$ | .....       |                | 1            |                       |

### A NOTER :

- Les 3 morts après cystectomie totale :
  - 1 mort d'urémie huit jours après l'intervention ;

- 1 mort quatorze mois après. Carcinose pelvienne ;
- 1 mort dix-huit mois après. Avec métastases.
- Des 3 morts après cystectomie partielle :
  - l'un est mort vingt-cinq mois après de carcinose pelvienne ;
  - le deuxième, un mois après (troubles cardiaques) ;
  - le dernier, sept mois après.
- Des 7 morts après taille :
  - 3 sont morts dans les suites opératoires ;
  - 3 ont eu une survie de moins de six mois ;
  - 1 a survécu vingt-quatre mois avant de mourir.
- Le mort après résection, quatre mois après (résection palliative).

IV — GROUPE C = 31 CAS

|                                             | <i>Vivants</i> | <i>Morts</i> | <i>Sans nouvelles</i> |
|---------------------------------------------|----------------|--------------|-----------------------|
| Cystectomie totale (15 cas) ..              | 2              | 13           |                       |
| Cystectomie partielle (8 cas) ..            | 2              | 4            | 2                     |
| Biopsie (1 cas) ..                          |                | 1            |                       |
| Implantation urétéro-intestinale (1 cas) .. |                | 1            |                       |
| Taille (2 cas) ..                           |                | 2            |                       |
| Résection (1 cas) ..                        |                | 1            |                       |
| Laparotomie (2 cas) ..                      |                | 2            |                       |
| Cystostomie (1 cas) ..                      |                | 1            |                       |

A NOTER :

- Sur 13 morts après cystectomie totale :
  - 4 sont morts dans les suites opératoires ;
  - 3 ont survécu moins de six mois ;
  - 3 ont survécu moins de un an ;
  - 1 a survécu moins de deux ans ;
  - 2 ont survécu plus de deux ans.
- Sur 4 morts après cystectomie partielle :
  - 1 un est mort quinze jours après l'intervention d'un coma hémiplegique ;
  - le deuxième est mort huit mois après la cystectomie partielle et deux mois après une implantation urétéro-intestinale ;
  - le troisième est mort deux mois après ;
  - le quatrième est mort trois mois après (cachectique).

- Les 2 morts après taille vésicale :
  - l'un a vécu trois mois et a présenté des métastases ;
  - le deuxième est mort six mois après la taille, de cachexie et d'une pyonéphrose gauche.
- 1 mort, après résection, par cachexie huit mois après le traitement.

V — GROUPE INDETERMINE = 17 CAS

|                       |            | <i>Vivants</i> | <i>Morts</i> | <i>Sans nouvelles</i> |
|-----------------------|------------|----------------|--------------|-----------------------|
| Electro-coagulation   | (3 cas) .. | 2              | 1            |                       |
| Cystectomie partielle | (2 cas) .. |                | 2            |                       |
| Taille                | (3 cas) .. | 1              | 1            | 1                     |
| Résection             | (3 cas) .. | 2              |              | 1                     |
| Biopsie               | (3 cas) .. | 1              | 1            | 1                     |
| Cystostomie           | (2 cas) .. |                | 1            | 1                     |
| Laparotomie           | (1 cas) .. |                | 1            |                       |

A NOTER :

- Le cas de mort après E.C. est dû à un cancer du larynx. Mort deux mois après l'E.C. palliative.
- Sur les 2 morts après cystectomie partielle :
  - l'un a survécu plus de quatre ans ;
  - l'autre, quelques semaines après.
- 1 mort après taille deux ans après l'intervention d'anémie aiguë.



## CHAPITRE V

### OBSERVATIONS RÉSUMÉES \*

---

#### OBSERVATION N° 1 : M. Al..., cinquante-quatre ans, mécanicien

Hématuries depuis un mois (avril 1953). Plusieurs tumeurs de siège diffus. Biopsie : classe III, degré 2. U.I.V. Pas de retentissement rénal. Taille vésicale le 24 avril. Excision de toutes les tumeurs au bistouri électrique. Pièces opératoires : groupe O. Plusieurs récidives E.C. en 1954 et 1955. Va bien le 15 décembre 1955.

#### OBSERVATION N° 2 : M. Al..., cinquante-sept ans, graveur sur métaux

Pollakiurie. Douleurs vésicales dix-huit mois avant de consulter. Volumineuse tumeur de la taille d'un œuf de poule. Face postérieure. Base d'implantation large. Classe IV, degré 4. Cystectomie totale et lymphadénectomie pelvienne le 1<sup>er</sup> juillet 1955. Pièce opératoire : groupe C<sub>1</sub>. Quelques ganglions lymphatiques présentent des métastases.

#### OBSERVATION N° 3 : M. Ap..., cinquante-sept ans

Hématuries depuis 1950-mars 1952. Tumeurs : classe III, degré 1. Pas de retentissement rénal. Taille : classe O. Depuis, dix E.C. pour récidives. Podophylline en octobre 1953. Récidives. Résection en octobre 1954. Plus de nouvelles.

---

(\*) La numérotation des observations est celle de l'ordre alphabétique.

N.B. : Deux observations sont éliminées : n°s 127 et 156.

Voici les abréviations employées :

- O.U.D. : orifice urétéral droit.
- O.U.G. : orifice urétéral gauche.
- R.R. : retentissement rénal.
- E.C. : électro-coagulation.
- Taille : taille sus-pubienne et excision au bistouri électrique de la zone tumorale ou électro-coagulation de la tumeur.
- Résection : électro-résection par voie endoscopique.

OBSERVATION N° 4 : Mme Ar..., soixante-dix ans

Hématuries depuis un mois (mars 1955). Stase rein droit. Tumeur peu saillante cérébriforme sur face antérieure : classe III, degré 1, C<sub>1</sub>. Cystectomie partielle (avril 1955). Récidive en octobre 1955. Hématurie.

OBSERVATION N° 5 : M. Ar..., soixante-six ans, gardien

Pollakiurie depuis trente-six mois. Hématurie. Mars 1953 : consulte. Grosse tumeur : classe III, degré 3. Résection (juin 1953) : groupe  $\geq$  B. (Les fibres musculaires sont envahies mais la profondeur de cette atteinte ne peut être évaluée.) Mort cachectique le 28 octobre 1953.

OBSERVATION N° 6 : M. Au..., soixante et un ans, employé de bureau

Dysurie pendant deux ans. Cystite plus hématurie depuis treize mois. Tumeur : classe II, du trigone masquant O.U.D. Classe II, degré 1. Résection endoscopique : groupe  $\geq$  O. Récidive trois mois après E.C. Depuis, décès à une date non précisée.

OBSERVATION N° 7 : M. Au...

Petites formations papillaires courtes : classe III, degré 4. Envahissement en nappe. Cystectomie partielle. Décédé quelques semaines après.

OBSERVATION N° 8 : M. Au..., cinquante ans, employé de bureau

Hématurie sept mois avant. Papillome à 11 H au-dessus O.U.G. : classe II, degré 1. Résection (février 1954) : groupe O. Cystoscopie (mars 1955). Rien à signaler. Va bien le 15 décembre 1955.

OBSERVATION N° 9 : M. Ba..., cinquante-cinq ans, maçon

Polypose depuis 1944. Pas de R.R. Hématurie onze mois avant de consulter. Trois tumeurs face antérieure : classe IV, degré 3. Cystectomie partielle (décembre 1952) : groupe B. Suites opératoires difficiles. Subocclusion. Phlébite. Absès chronique. Biopsie paroi : récurrence tumorale ; radiothérapie. Décès le 16 janvier 1955.

OBSERVATION N° 10 : Mme Ba..., soixante-sept ans

Hématurie un mois et demi avant de consulter. Masse polypeuse : classe IV, degré 4, face gauche de la vessie. Pas de R.R. Cystectomie partielle (mai 1952). Hémiparésie droite quatorze jours après l'intervention. Coma. Décès.

OBSERVATION N° 11 : M. Ba..., cinquante-sept ans, gazier

Hématuries depuis seize mois. Tumeur : classe IV, degré 4. Trigone masquant O.U.D. Pas de R. rénal. Cystectomie totale (décembre 1952) plus radiothérapie groupe C<sub>2</sub>. Métastase sacrée (septembre 1953). Cordotomie dorsale en décembre 1953. Décédé en mars 1954.

OBSERVATION N° 12 : Mme Be..., cinquante et un ans, couturière

Cystite depuis vingt et un mois. Tumeur bourgeonnante latéro O.U.G. : classe IV, degré 3. Exclusion rein gauche. Dilatation arbre urinaire D. Cystectomie totale en juillet 1953 : groupe C<sub>1</sub>. Embolies lymphatiques à distance de la tumeur. Décédée en novembre 1955.

OBSERVATION N° 13 : M. Be..., soixante-seize ans

Hématurie depuis vingt-quatre mois. Tumeur pédiculée au-dessus O.U.D. : classe II, degré 1. Pas de retentissement rénal. Taille (juin 1953) : groupe A. Va bien sans récides en juin 1955.

OBSERVATION N° 14 : M. Bi..., soixante-dix-huit ans

Depuis deux ans, papillomatose. Hématurie un jour avant la consultation. Biopsie : classe IV, degré 4. Pas de retentissement rénal. Electro-coagulation le 25 février 1952. Pas de nouvelles depuis.

OBSERVATION N° 15 : M. Bi..., vingt-huit ans, chauffeur

Cystite dix-sept mois avant. Polype pédiculé masquant O.U.D. : classe IV, degré 2. Taille vésicale. Ablation au bistouri électrique. Envahissement ne peut être apprécié. Va bien sept mois après.

OBSERVATION N° 16 : M. Bo..., cinquante-cinq ans, coiffeur

Hématuries depuis onze mois. Volumineuse tumeur occupant la moitié gauche de la vessie. Rein G. exclu : classe IV, degré 1. Cystectomie totale plus curage ganglionnaire le 20 mai 1955 : groupe B. Va bien le 15 décembre 1955.

OBSERVATION N° 17 : M. Bo..., médecin

Papillomatose soignée depuis quatre ans. Volumineux polype F. droite. Urée, 0,62 g : Classe II, degré 1. Taille en avril 1954 : groupe A. Depuis, perdu de vue.

OBSERVATION N° 18 : M. Bo..., quarante-trois ans, manœuvre

Hématuries depuis cinq mois. Biopsie : classe IV, degré 4  $\geq$  B. Pas de retentissement rénal. Siège face droite masquant O.U.D. Cystectomie totale deux mois après (mai 1954) : groupe C<sub>2</sub>. Suites opératoires assez difficiles. Etat général moyen en décembre 1955. Episode infectieux en mai 1956.

OBSERVATION N° 19 : M. Bo..., soixante-dix-huit ans, instituteur

Hématuries depuis un an. Tumeur pédiculée : classe II, degré 1. Résection biopsie (décembre 1953). Pas de R.R. : groupe O. Va bien le 21 décembre 1955.

OBSERVATION N° 20 : Mme Br..., soixante-huit ans

Hématuries depuis deux mois. Tumeur pédiculée face droite : classe IV, degré 3. Envahissement vers la profondeur manifeste à la résection biopsie (avril 1955). Pas de R.R. En juillet 1955, E.C. pour récurrence. Va bien le 15 décembre 1955.

OBSERVATION N° 21 : M. Br..., cinquante-sept ans, serrurier

Hématuries depuis trois ans. Plusieurs tumeurs face gauche au-dessus O.U.G. Pas de R.R. Biopsie : classe IV, degré 2 (le 11 mars 1955). Cystectomie totale en juin 1955 : groupe C<sub>1</sub>. Décédé douze jours après de péritonite putride.

OBSERVATION N° 22 : Mme Br..., soixante-deux ans

Cystite depuis trente-six mois. Néphrectomie gauche en 1923. Pas de R.R. En mai 1952, cystoscopie. Congestion péri O.U.D. et œdème. Juin 1953 : végétations péri O.U.D. : classe IV, degré 3. Cystectomie totale en juin 1953 : groupe A. Décédée trois jours après par hémorragie interne.

OBSERVATION N° 23 : M. Br..., soixante-huit ans

Papillomatose depuis 1950. Traité par taille. Janvier 1952 : papillome cytologiquement non suspect. U.I.V. Légère dilatation bilatérale. Mars 1952 : traitement radiothérapie. Décès en juillet 1952 : classe IV, degré 3, groupe C<sub>1</sub>.

OBSERVATION N° 24 : M. Bu..., soixante-deux ans, polisseur

Hématuries depuis quatre ans et demi. Sans diagnostic. Biopsie le 11 décembre 1953 : cystite végétante. Siège face postérieure. Syncope cardiaque le 21 décembre 1953. Autopsie : classe IV, degré 4, groupe C<sub>2</sub>. Métastase ganglionnaire. Pas de R.R.

OBSERVATION N° 25 : Mme Bu..., soixante-cinq ans

Cystite par poussées depuis cinq ans. Grosse tumeur sessile face postérieure : classe IV, degré 3. Cystectomie partielle le 18 octobre 1952. Retentissement des deux reins : groupe B. Plusieurs récurrences E.C. cinq fois. Depuis, hématuries persistent (janvier 1955).

OBSERVATION N° 26 : Mme Ca..., soixante-dix-neuf ans, ancienne teinturière

Hématuries depuis quatre mois. Pas de R.R. Deux tumeurs du dôme : classe IV, degré 3. Implantation urétéro-intestinale bilatérale en juillet 1953. Décédée douze jours après. Autopsie : groupe C<sub>2</sub>.

OBSERVATION N° 27 : Mme Ca..., soixante-dix ans

Hématuries depuis un an. Tumeurs du trigone : classe II, degré > 2. Taille en février 1954 : groupe O. Nombreuses récidives E.C. Dernière le 28 novembre 1955.

OBSERVATION N° 28 : M. Ch..., soixante-deux ans, serrurier

Hématuries isolées depuis plus de vingt ans. Siège diffus : classe II-III, degré 1. Taille le 11 mars 1952 : groupe  $\geq$  O. Récidive en juin 1954 traitée par résection. Récidive en août. E.C. en octobre. Résection. Radiothérapie. Décédé le 20 avril 1955.

OBSERVATION N° 29 : M. Ch..., soixante ans, retraité S.N.C.F.

Hématurie en février 1953. Papillomatose traitée depuis 1938. Biopsie plus électro-coagulation en juin 1953 : classe II, degré 1, groupe O. Va bien en décembre 1955. Pas de R.R.

OBSERVATION N° 30 : M. Ch..., quarante-neuf ans

Hématuries depuis un an avec rétention intermittente. Pas de R.R. Siège pourtour du col. Plusieurs tumeurs : classe II, degré 2. Résection : groupe O. Récidive en juillet 1955. Résection. Va bien en février 1956.

OBSERVATION N° 31 : M. Ch..., soixante et un ans

Hématurie depuis dix-huit mois. Urètre D. dilaté. Tumeur siégeant près des O.U. : classe IV, degré 3. C. partielle en mai 1955 (groupe B) plus aiguilles de radium. Hématuries en décembre 1955 et janvier 1956.

OBSERVATION N° 32 : M. Ch..., soixante-deux ans

Hématuries depuis deux ans. Tumeur pédiculée : classe II, degré 1, de gros volume. Taille vésicale en mars 1954 : groupe O. Pas de R.R. Va bien en décembre 1955.

OBSERVATION N° 33 : M. Cu..., cinquante-cinq ans

Suivi depuis 1948. Pas de R.R. Biopsie vésicale en mai 1951 : classe IV, degré 3. C. totale en avril 1951 : groupe C<sub>2</sub>. Décédé en mai 1952. Métastases multiples.

OBSERVATION N° 34 : M. Co..., soixante ans, imprimeur

Hématuries depuis onze mois. Hématurie rénale droite avec émission d'un calcul. Tumeur de gros volume : classe IV, degré 4, siégeant dans le bas fond et atteignant le trigone. Cystectomie totale (février 1954) : groupe  $\geq$  B de Jewett (groupe C<sub>1</sub>). Décédé en juin 1954.

OBSERVATION N° 35 : M. Co..., soixante-cinq ans, brasseur

Hématurie un mois et demi avant. Grosse tumeur du dôme avec de nombreuses petites autour : classe II, degré 1. Pas de R.R. Taille en juin 1955 : groupe O. Récidive en août 1955. E.C. le 13 janvier 1956. Va bien.

OBSERVATION N° 36 : Mme Co..., soixante-seize ans

Hématurie depuis deux mois. Deux tumeurs face postérieure. Pas de R.R. Biopsie : classe IV, degré 3, groupe  $\geq$  B. Décédée depuis date inconnue.

OBSERVATION N° 37 : M. Co..., cinquante-trois ans, maroquinier

Hématurie depuis treize mois. Deux tumeurs dôme et col vésical. Rein G. exclu. Taille en février 1952 : classe II, degré 1, groupe  $\geq$  O. Récidive en décembre 1954. Résection en décembre 1955. Adressé pour traitement radio-isotopes : sans effet thérapeutique.

OBSERVATION N° 38 : M. Co..., soixante-dix-huit ans, ébéniste

Hématurie isolée il y a huit ans. Résection. Nouvelle hématurie en 1954. Tumeur : classe II, degré 1. Exclusion rein G. Gros retentissement à droite. Très grosse tumeur. Traitée par taille et E.C. (1954). Mort un jour après par œdème aigu du poumon et embolie.

OBSERVATION N° 39 : M. Cr..., soixante-trois ans

Papillomatose depuis 1939. Trois tailles. Hématurie cinq mois avant de consulter. Maladie villeuse. Biopsie : classe II, degré 1. Taille en novembre 1954. Phlébite en décembre. Décès en février 1955.

OBSERVATION N° 40 : M. D'A..., cinquante ans, cordonnier

Hématuries depuis trois mois. Pas de R.R. Siège au-dessus O.U.D. Biopsie : classe II-III, degré 1. Taille un mois après (mars 1955) : groupe O. Orchi-épididymite G. Récidives en décembre 1955.

OBSERVATION N° 41 : M. Da..., cinquante-quatre ans

Face G. en arrière O.U.G. : classe II, degré 1, groupe O. Résection en mai 1955. Depuis, sans nouvelles.

OBSERVATION N° 42 : M. De..., soixante-neuf ans

Pas de R.R. Une biopsie : classe II-III, degré 1, groupe O. Parti sans traitement sur sa demande.

OBSERVATION N° 43 : M. De..., cinquante ans, chaudronnier

Hématurie depuis deux ans et demi. Deux tumeurs. Face droite au-dessus O.U.D. et face G. Biopsie : insuffisante + E.C. en trois séances. Décédé en mars 1955 pour néo du larynx.

OBSERVATION N° 44 : M. de G..., soixante-sept ans

Rétention + douleurs dix jours avant. Très mauvais état général. Une grosse tumeur face gauche : classe IV, degré 4. Taille en mars 1953 : exploratrice. Mort en juin 1953. Groupe C<sub>2</sub>. Métastases ganglionnaires et surrénales. Retentissement rénal bilatéral. Lithiase rénale droite.

OBSERVATION N° 45 : M. De..., cinquante ans, chauffeur

Hématuries depuis quelques mois. Siège trigone : degré 2. Pas de R.R. Taille : groupe O-A (mars 1954). Va bien en octobre 1955.

OBSERVATION N° 46 : M. De..., cinquante-quatre ans

Hématuries depuis trois mois. Biopsie (juillet 1952) : classe II, degré 2, groupe indéterminé. Taille en août 1952. Trois récides E.C. depuis. Pas de R.R. Pas de nouvelles depuis juin 1954.

OBSERVATION N° 47 : M. Der..., cinquante-neuf ans, imprimeur

Rétention + hématuries depuis trente-cinq jours. Rein droit exclu. O.U.D. masqué. Tumeur sessile : classe IV, degré 3-4 (biopsie octobre 1953). Cystectomie totale (novembre 1953). Décédé cinquième jour. Urémie. Groupe C<sub>2</sub>.

OBSERVATION N° 48 : Mme De V..., soixante-neuf ans

Hématurie dix jours. Résection biopsie en février 1954. Tumeur papillaire face droite : classe II, degré 1, groupe O. Va bien en décembre 1955. Pas de R.R. Avait maigri et asthénie depuis 1952.

OBSERVATION N° 49 : M. Do..., soixante-quatre ans, chapelier

Pollakiurie depuis quelques années. Hématurie depuis deux mois. Grosse tumeur du dôme : classe III, degré 3. Pas de R.R. Cystectomie partielle en novembre 1954 : groupe A. Pas de récide le 22 décembre 1955.

OBSERVATION N° 50 : M. Du..., cinquante-sept ans, représentant

Hématuries depuis un an. Léger retentissement à droite. Tumeur siège en arrière O.U.D. : classe III, degré 3. Résection en juillet 1953 : groupe O. Décédé depuis date non précisée.

OBSERVATION N° 51 : M. Fe..., soixante-cinq ans, soudeur

Aurait des hématuries depuis dix ans. Deux tumeurs paroi postérieure et face gauche masquant O.U.G. : classe II, degré 1. Taille en décembre 1952. Pas de R.R. : groupe O. Depuis, sept récidives électro-coagulées. Va bien en décembre 1955.

OBSERVATION N° 52 : M. Fi..., quarante-trois ans, chauffeur

Hématuries depuis deux mois. Résection biopsie : classe IV, degré 4. Siège face droite et masquant O.U.D. Pas de R.R. Cystectomie totale (groupe C<sub>1</sub>) deux mois après. Décédé après trois ans de carcinose généralisée avec métastases multiples.

OBSERVATION N° 53 : M. Fi..., soixante-neuf ans, hôtelier

Hématuries depuis un an. Une tumeur face gauche : classe IV, degré 4. Retenissement rénal. Résection jusqu'au plan musculaire : groupe  $\geq$  B. Décédé quinze jours après.

OBSERVATION N° 54 : M. Fr..., cinquante et un ans, magasinier

Hématuries depuis un an et demi. Tumeur face droite : classe IV, degré 4. Images en boule du rein droit. Grosse dilatation de l'uretère droit. Laparotomie + lymphadénectomie biopsique : groupe C<sub>2</sub>. Décès le jour de l'intervention. Bilan biologique en faveur d'une cirrhose du foie.

OBSERVATION N° 55 : M. Fr..., soixante-neuf ans, ingénieur

Hématuries depuis quelques mois. Face droite, tumeur : classe III, degré 1. Pas de R.R. Cystite. Taille : groupe B (16 mai 1955). Pas de récidence quatre mois après.

OBSERVATION N° 56 : M. Ga..., soixante-quatorze ans, gazier

Pollakiurie depuis des années. Hématuries depuis deux mois. Siège face postérieure et masquant O.U.G. Exclusion du rein droit qui a une morphologie normale à l'U.P.R. : classe IV, degré 1. Taille en mai 1954 : groupe O-A. Plusieurs récidives traitées par E.C. et par résection endoscopique. Rien à signaler en janvier 1956.

OBSERVATION N° 57 : M. Ga..., cinquante-huit ans, chauffeur

Hématurie depuis cinq ans avant le premier traitement par taille en 1951. Depuis fin 1954, mictions impérieuses. En février 1955, papillome lèvre du col à droite : classe II, degré 1. Résection. Récidives depuis traitées par résection. Rien à signaler en décembre 1955.

OBSERVATION N° 58 : M. Ga..., soixante et onze ans, cordonnier

Hématuries depuis six mois. Très grosse tumeur occupant la moitié gauche de la vessie. Pas de R.R. Frottis urinaire : classe IV. En novembre 1954, laparotomie exploratrice. Volumineuse tumeur infiltrée. Métastases ganglionnaires : groupe C<sub>2</sub>. Radiothérapie. Décès huit mois après. Carcinose pelvienne.

OBSERVATION N° 59 : Mme Ge..., soixante-trois ans, couturière

Cystite depuis un an. Volumineuse tumeur : classe IV, degré 4. Pas de R.R. Cystectomie totale en mai 1952 : groupe B. Va bien en décembre 1955.

OBSERVATION N° 60 : M. Ge..., soixante-trois ans, livreur

Cystite depuis quatre mois. Hématuries depuis deux mois. Tumeurs du dôme et du bas fond : classe IV, degré 4. Rein gauche exclu. Lithiase. Rein droit. Images en boule. Laparotomie exploratrice en janvier 1953. L'ensemble de la vessie est envahie : groupe C. Décès après neuf mois. Cachexie.

OBSERVATION N° 61 : M. Gh..., quarante-sept ans, médecin

Deux tumeurs, face droite et bas fond : classe IV, degré 2. Résection en septembre 1955 : groupe A. Récidive en février 1956. Traitée par cystectomie partielle : classe II-III, degré 2, groupe A. Réimplantation de l'uretère gauche.

OBSERVATION N° 62 : Mme Gi..., cinquante et un ans

Dysurie et cystite depuis dix mois. Grosse tumeur polylobulée de la face postérieure. A eu dans ses antécédents une néphrectomie gauche pour lithiase. A droite, images en boule du rein restant. Dilatation urétéro-pyélique. Cystectomie totale en septembre 1952. Choc hémorragique grave le neuvième jour de l'intervention : classe IV, degré 4, groupe C<sub>2</sub> de la tumeur. Décédée un an après l'opération.

OBSERVATION N° 63 : M. Gi..., trente-neuf ans

Hématuries microscopiques découvertes par un examen systématique à l'usine. A déjà eu une E.C. en septembre 1951. Petite tumeur : classe I, degré 1, groupe O. traitée par E.C. en janvier 1952. Pas de retentissement rénal. Sans nouvelles depuis.

OBSERVATION N° 64 : Mme Go..., soixante-seize ans

Long passé vésical. Polypes électro-coagulés en 1928, 1948, 1950, 1954. Tumeur de la taille d'une prune en février 1955, siégeant sur la face antérieure et une autre sur la face gauche. Traitées, par résection : classe IV, degré 4, groupe B au moins. Induration perçue par le toucher vaginal. Infiltration de la paroi vaginale antérieure. Sans nouvelles depuis.

OBSERVATION N° 65 : M. Go..., soixante-huit ans

Hématuries depuis plus de dix-huit mois. Biopsie vésicale d'une grosse tumeur infiltrée et nécrosée de la face postéro-supérieure : classe IV, degré 4 (le 7 novembre 1952). Abscès de la prostate. Cystectomie totale le 6 décembre 1952 : groupe C<sub>1</sub>. Décédé le même jour. Choc opératoire. Multiples métastases ganglionnaires et pancréatiques.

OBSERVATION N° 66 : M. Go..., quarante-huit ans

Hématuries depuis deux mois. Tumeur siège dans le trigone : classe II, degré 1. Electro-coagulation : groupe O, en décembre 1952. Trois récurrences depuis, la dernière en décembre 1955. Diabète depuis juillet 1954.

OBSERVATION N° 67 : M. Gr..., cinquante et un ans

Hématuries depuis plus de sept ans sans diagnostic ni traitement. Tumeur sessile nécrosée face gauche masquant l'O.U.G. : classe I-II, degré 1. Taille exérèse en avril 1955 : groupe O. Formation pseudo-tumorale en juillet 1955.

OBSERVATION N° 68 : M. Ha..., soixante-dix-sept ans

Rétention aiguë après un amaigrissement de 10 kg depuis des mois. Retentissement rénal bilatéral. Cystostomie en février 1954 : tumeur du pourtour du col : classe IV; degré 4. Très grosse prostate de la taille d'une orange.

OBSERVATION N° 69 : M. Ha..., soixante et un ans, infirmier

Dysurie depuis dix ans. Rétention d'urines. Dilatation urétérale bilatérale moniforme. Adénome prostatique et petit tumeur du trigone : classe I, degré 1, groupe O. Traité par résection. Décédé neuf jours après de collapsus cardio-vasculaire.

OBSERVATION N° 70 : M. Ha..., soixante-deux ans, charpentier

Hématurie vingt-quatre heures avant. Tumeur face gauche : classe III, degré 2. Pas de R.R. Résection : groupe O, en mai 1953. En octobre 1955, récurrence : degré 4.

OBSERVATION N° 71 : M. Ha..., cinquante-six ans

Tumeur de grosse taille face gauche près de l'O.U.G. Biopsie par résection : classe IV, degré 4, au moins groupe B ( $\geq$  B). Sans nouvelles depuis.

OBSERVATION N° 72 : M. He...

Gros polype face postérieure, plus quatre, faces latérales : classe III, degré 2. Taille en mai 1953 : groupe A. Récurrence en janvier 1955. Traitée par électro-coagulation. Va bien en avril 1956.

OBSERVATION N° 73 : M. He..., soixante-cinq ans

Hématuries depuis six mois. Tumeur sessile péri O.U.D. Dilatation modérée arbre urinaire droit : classe IV, degré 3. Cystectomie partielle des deux tiers de la vessie en février 1954 : groupe C<sub>1</sub>. Implantation urétéro-intestinale en juillet 1954. Décédé en octobre 1954.

OBSERVATION N° 74 : M. Ho..., cinquante-trois ans

Hématuries depuis cinq mois. Tumeur face gauche près de l'O.U.G. Légère dilatation urètre et bassinot gauche : classe III-IV, degré 1. Cystectomie totale en février 1952 : groupe A. Décédé treize mois après. Carcinose pelvienne. Enorme œdème des membres inférieurs.

OBSERVATION N° 75 : M. Ho..., soixante-cinq ans

Hématuries depuis cinq jours. Travaille dans une usine de caoutchouc. Tumeur face droite : classe II, degré 1. Electro-coagulation : groupe O. Pas de récidives le 28 décembre 1955.

OBSERVATION N° 76 : M. Ig..., cinquante-sept ans

Hématuries depuis de nombreuses années. Légère dilatation urétérale droite. Deux tumeurs pédiculées, de grosse taille, face droite, près de l'O.U.D. et lèvre inférieure du col : classe II-III, degré 1. Taille en septembre 1955. Cystostomie en janvier 1956.

OBSERVATION N° 77 : M. Je..., soixante-dix ans, bijoutier

Hématuries depuis plus de un an. La tumeur de très grosse taille : classe III-IV, degré 1. Pas de R.R. Cystectomie partielle en janvier 1954 : groupe C<sub>1</sub>. Décès en mars 1954. A signaler dans les antécédents une intoxication en 1946 par une teinture de cheveux ayant nécessité une hospitalisation de deux mois. Oligurie passagère.

OBSERVATION N° 78 : M. Jo..., cinquante-cinq ans

Hématuries et cystite depuis trois mois. Très grosse tumeur vésicale plus grosse que le poing sur face droite. Base de dureté ligneuse très fixée. Très grosse dilatation arbre urinaire gauche : classe IV, degré 3-4. Cystostomie en avril 1955. Radiothérapie. Mort dans les trois mois. Cachexie et urémie.

OBSERVATION N° 79 : M. Ju..., cinquante-deux ans

Hématuries depuis plus de un an. Gros polype coiffant l'O.U.D. Pas de R.R. : classe II, degré 1. Résection en mai 1954 : groupe O. Pas de récidive en décembre 1955.

OBSERVATION N° 80 : M. Ka..., soixante-treize ans

Hématuries et cystite depuis un an. Pas de retentissement rénal. Tumeur nécrosée et pédiculée près de l'O.U.D. : classe III, degré 1. Cystectomie partielle en juillet 1952 : groupe B. Phénomènes occlusifs post-opératoires. Embolie pulmonaire gauche. Défaillance cardiaque et décès en août 1952.

OBSERVATION N° 81 : M. Ko..., soixante ans, peintre en bâtiment

Cystite et hématuries terminales depuis huit mois. Gros retard d'excrétion de la substance opaque. Dilatation kystique de l'uretère droit à la cystoscopie. Tumeur sessile nécrosée et ulcérée : classe IV, degré 3, en décembre 1954. Cystectomie partielle et réimplantation uretère droit : groupe B, en avril 1955. Trois récidives E.C. Mauvais état général en décembre 1955.

OBSERVATION N° 82 : M. Ko...

Taille vésicale pour tumeur de très grosse taille en 1950. En septembre 1954, nouvelle taille pour récidive complétée par radiothérapie. Résection en février 1955 de deux récidives et en novembre et décembre 1955 : classe III, degré 2, groupe O. Siège face gauche et pourtour du col.

OBSERVATION N° 83 : M. Kr..., soixante-cinq ans, ébéniste

Cystite depuis deux ans. Hématurie depuis un an. Pas de retentissement rénal. Tumeur sessile englobant l'O.U.D. : classe III, degré 1. Résection en novembre 1954 : groupe A. Décès en février 1955. Hémorragie interne.

OBSERVATION N° 84 : M. Kr..., soixante-sept ans, peintre en bâtiment

Une hématurie quatre ans avant. Une deuxième en octobre 1954. Consulte en mars 1955. Tumeur sessile coiffant l'O.U.D. Dilatation kystique U.D. Pas de R.R. Taille vésicale en avril 1955 : classe IV, degré 3-4, groupe B. Pas de récidive en décembre 1955.

OBSERVATION N° 85 : M. La..., cinquante-deux ans, directeur commercial

Hématurie il y a neuf mois. Cystoscopie et diagnostic. Refus de l'intervention. Tumeur près de l'O.U.G. Dilatation modérée bilatérale des deux uretères et du rein droit. Tumeur : classe III, degré 4. Cystectomie partielle en avril 1953 + néo-cysto-urétérostomie : groupe B. Pas de récidive en décembre 1955.

OBSERVATION N° 86 : M. Le..., cinquante-cinq ans, retraité

Hématuries et pollakiurie depuis six mois. Tumeur pédiculée de taille moyenne masquant l'O.U.D. Un petit polype sous l'O.U.G. Légère dilatation uretère droit. Tumeur : classe IV, degré 1-2, groupe A. Résection en décembre 1952. Taille pour récidive en octobre 1953. Pas de récidives en août 1954.

OBSERVATION N° 87 : M. Lec..., soixante-douze ans, comédien

Hématurie depuis quatre mois. Tumeur du dôme volumineuse. Pas de R.R. Biopsie. Aucun caractère histologique de malignité. Electro-coagulation en octobre 1953. Récidive en décembre 1953 : C. partielle. Tumeur nettement envahissante : classe IV, degré 3, groupe C<sub>2</sub>. Va bien le 17 janvier 1956.

OBSERVATION N° 88 : M. Le..., soixante-sept ans, ouvrier dans une usine de matières colorantes

Hématuries microscopiques découvertes par examen systématique des urines. Tumeur face postérieure près du dôme. Petite taille : classe II, degré 1, groupe O. Electro-coagulation en avril 1953. Va bien en janvier 1956.

OBSERVATION N° 89 : M. Lef..., cinquante-sept ans, chauffeur

Hématuries fin 1949. Taille vésicale en 1951. Hématuries en septembre 1954 précédées pendant dix-huit mois de pollakiurie. Tumeur sessile non frangée : classe IV, degré 3. Exclusion du rein droit. Siège face droite et bas fond. Cystectomie totale en décembre 1954. Etat général très moyen. Décès par urémie huit jours après.

OBSERVATION N° 90 : Mme Lem..., cinquante-quatre ans, concierge

Hématurie depuis deux mois. Deux tumeurs, face gauche et près de l'O.U.D. : classe I, degré 1. Electro-coagulation en juin 1953. Pas de récurrences en janvier 1956.

OBSERVATION N° 91 : M. Le M..., soixante et un ans

Hématuries depuis un an. Tumeur sessile de la face gauche : classe IV, degré 2-3. masquant O.U.G. Exclusion du rein gauche. Laparotomie en décembre 1954 : groupe C<sub>2</sub>. Radiothérapie. Décédé quelques semaines plus tard.

OBSERVATION N° 92 : M. Le Q..., soixante-treize ans, employé

Pollakiurie depuis trois ans. Hématurie depuis deux ans. Adénomectomie prostatique le 22 janvier 1952. Hématuries persistent. Polypes vésicaux sur cicatrice intra-vésicale. Maladie villeuse. Taille le 13 février 1952. Electro-coagulation et radiothérapie : classe II, degré 2, groupe O. Hématurie en août 1953. E.C. en octobre 1953 : classe IV, degré 3-4, groupe  $\geq$  B. Décès depuis.

OBSERVATION N° 93 : Mme Lev..., soixante-dix-neuf ans

Cystite et hématuries terminales depuis trois mois. Plusieurs masses sessiles face droite près de l'O.U.D. Pas de R.R. : classe IV, degré 4. Résection en février 1955 : groupe au moins B. Nouvelles hématuries pour récurrence en juin 1955. Dernières nouvelles en décembre 1955.

OBSERVATION N° 94 : M. Le..., soixante-quinze ans, commerçant

Cystite depuis quelque mois. Masse sessile face gauche. Pas de R.R. Tumeur : classe III, degré 2, groupe O. Radiothérapie en mai 1953 après tentative de traitement au radio-brome. Cystostomie en juillet 1953. Radio-brome 3.000 R huit jours après. Sulfate de radium en février 1955 pour récurrence.

OBSERVATION N° 95 : M. Lh...

Polype face gauche : classe II, degré 2, groupe O. Biopsie résection. Récurrence en octobre 1953 traitée par électro-coagulation.

OBSERVATION N° 96 : M. Li..., cinquante et un ans, magasinier

Hématurie isolée il y a sept ans. Nouvelle hématurie en février 1953. Grosse tumeur face gauche : classe III, degré 1. Taille vésicale en mars 1953 : groupe O au moins ( $\geq$  O). Très grosse dilatation arbre urinaire gauche. Pas de récurrence en décembre 1955.

OBSERVATION N° 97 : M. Ma..., cinquante-neuf ans

Hématuries depuis quatre ans. Refuse depuis un an l'intervention. Très grosse tumeur face gauche et trigone. Pas de retentissement rénal. Taille vésicale en juillet 1954. Excision tumorale au bistouri électrique. Mauvais état général. Poids de la tumeur : 170 grammes. Mort par choc opératoire le troisième jour de la taille vésicale. Tumeur : groupe B.

OBSERVATION N° 98 : M. Ma..., soixante-seize ans

Papillomatose vésicale depuis 1936. Récidivante. Trois électro-coagulations en 1952, mars et avril 1954. En août 1954, grosse tumeur face postérieure : classe IV, degré 3. Taille vésicale. Tumeur : groupe C<sub>2</sub>. Mort en février 1955 par cachexie et pyonéphrose gauche.

OBSERVATION N° 99 : Mme Ma..., quarante-quatre ans

Papillomatose récidivante depuis 1951. Plus de dix récurrences en quatre ans. E.C. Refus d'intervention par voie sus-pubienne. Tumeur : classe I-II, degré 1, groupe O. Dernière récurrence en mars 1956.

OBSERVATION N° 100 : M. Ma..., soixante-neuf ans

Hématuries pendant plus de cinq ans sans traitement. Biopsie en décembre 1952 : classe IV, degré 4. Exclusion rein droit. Images en boule à gauche. Tumeur occupant tout le trigone masquant les orifices urétéraux. Hypertension artérielle. Pas de traitement. Depuis, décédé.

OBSERVATION N° 101 : Mme Ma..., soixante et un ans

Polypose vésicale depuis 1939. Hématurie en février 1954. Pas de R.R. Volumineux polype de la face gauche près de l'O.U.G. Résection en mars 1954 : classe III, degré 1, groupe O. Va bien en décembre 1955.

OBSERVATION N° 102 : M. Ma..., cinquante-huit ans

Brûlures uréthrales depuis six mois. Tumeur infiltrée face antérieure : classe IV, degré 4. Cystectomie partielle le 11 février 1953 : groupe C<sub>2</sub>. Cystectomie totale en mai 1953. Décès le même jour par troubles cardiaques.

OBSERVATION N° 103 : M. Ma..., soixante-douze ans, représentant

Papillomatose depuis 1951. Traitée par cystectomie partielle en 1951. Electro-coagulation en mars 1954 et en septembre 1954 : classe IV, degré 3. Radio-isotopes en octobre 1954. Décès en juin 1955. Hydronéphrose bilatérale. Siège des tumeurs : trigone.

OBSERVATION N° 104 : M. Me..., quarante-neuf ans

Hématuries plus d'un an avant le premier traitement en novembre 1954 par électro-coagulation. Nombreux polypes en octobre 1954. Récidives : maladie villeuse : classe II, degré 1, groupe O. En janvier 1956, a eu seize séances de rayons X sans aucun effet.

OBSERVATION N° 105 : Mme Me..., soixante-cinq ans

Cystite depuis deux mois. Une hématurie terminale. Tumeur occupant le trigone : classe IV, degré 4. Dilatation arbre urinaire droit. Cystectomie totale en février 1952 : groupe C<sub>2</sub>. Mort quatre mois après. Carcinose pelvienne. Coma urémique.

OBSERVATION N° 106 : M. Mi..., cinquante et un ans, manœuvre

Cystite depuis onze mois. Hématurie terminale depuis un mois. Grosse masse bourgeonnante occupant tout le trigone. Rein droit exclu. Rein gauche très dilaté. Tumeur : classe IV, degré 4. Cystectomie totale en octobre 1953 : groupe C<sub>2</sub>. Décès quarante jours après. Métastases hépatiques pulmonaires, ganglionnaires.

OBSERVATION N° 107 : M. Mi...

Très grosse tumeur de 10 cm sur 8 occupant toute la face antérieure de la vessie infiltrant les tissus pré-vésicaux (classe IV, degré 4, groupe C<sub>2</sub>). Cystectomie partielle. Depuis, sans nouvelles.

OBSERVATION N° 108 : M. Mo..., quarante-sept ans, comptable

Hématurie depuis six mois. Grosse tumeur : classe IV, degré 4. Amaigrissement de 25 kg avant le diagnostic. Très gros retentissement bilatéral. Taille + six aiguilles de radium en février 1953 : groupe  $\geq$  B, occupant la face droite près de l'O.U.D. Urétérostomie cutanée bilatérale en juillet 1953. Mort en août. Carcinose pelvienne. Envahissement de la cicatrice de taille.

OBSERVATION N° 109 : M. Mon..., soixante-dix ans, manoeuvre

Hématuries depuis un mois. Tumeur pédiculée de la face droite : classe II, degré 1. Légère dilatation pyélique droite. Résection en janvier 1954 : groupe O. Pas de récurrence le 15 décembre 1955. Antécédents : coliques néphrétiques en 1946.

OBSERVATION N° 110 : M. Mo..., soixante-douze ans, ouvrier

Rétention aiguë en 1951 avec ensuite pollakiurie et une hématurie. Deuxième hématurie en mars 1953. Tumeur bourgeonnante face droite près de l'O.U.D. : classe II, degré 1, groupe O. Biopsie-résection. Récurrence en janvier 1955. Traitée par podophylline. Arrêt du traitement car mauvais état général en mars 1955.

OBSERVATION N° 111 : Mme Mo..., cinquante ans

Hématuries depuis deux mois et demi. Quelques taches ecchymotiques au niveau du dôme et plaques rouge cuivré. Biopsie + E.C. en mai 1952 : groupe A.

OBSERVATION N° 112 : Mme Mo..., soixante-quatorze ans

Hématurie isolée dix ans auparavant sans traitement. Deuxième hématurie en 1953. Cystite en mars 1954 qui l'amène à consulter : tumeur face droite près de l'O.U.D. : classe II, degré 2. Traité par résection le 24 mars 1954. Récurrence électro-coagulée en octobre 1954. Va bien en avril 1956.

OBSERVATION N° 113 : M. Mou..., cinquante-six ans

Hématuries depuis un mois. Grosse tumeur papillaire pédiculée face gauche : classe II, degré 1. Taille en avril 1953 : groupe O. Cystostomie. Mauvais état général en décembre 1955.

OBSERVATION N° 114 : M. Mu..., cinquante-deux ans

Hématurie depuis huit mois. Grosse tumeur de la face gauche (antécédents : polype de vessie électro-coagulé en 1949). Traitement E.C. en juin 1953, juillet 1953, septembre 1953. Cystectomie partielle moitié gauche de la vessie avec réimplantation uretère gauche. Tumeur : classe IV, degré 4, groupe B. Légère dilatation uretère gauche. Sans nouvelles depuis.

OBSERVATION N° 115 : M. Ne..., soixante-deux ans, bottier

Hématurie depuis deux jours. Tumeur sessile : classe I, degré 1. Taille en janvier 1953. Petite tumeur sessile excisée au bistouri électrique en enlevant une partie de la musculuse : groupe O. Pas de récidence en décembre 1955.

OBSERVATION N° 116 : M. Ne..., cinquante-trois ans

Hématuries depuis six mois. Polype implanté sur le trigone à droite : classe II, degré 1. Résection : groupe O. Petite récidence en juin 1955. Rien à signaler en octobre 1955.

OBSERVATION N° 117 : M. Ni..., cinquante-neuf ans, caviste

Pas de signe révélateur. Découverte opératoire au cours d'une adénomectomie : petit polype en arrière de l'O.U.D. Ablation. Tumeur : classe I, degré 1, groupe O. Va bien en août 1955.

OBSERVATION N° 118 : M. Pa..., soixante et onze ans, caissier

Résection-biopsie en septembre 1952. Surveillance après prostatectomie. Tumeur : classe IV, degré 3. Nouvelles : va bien en janvier 1956.

OBSERVATION N° 119 : M. Pa..., cinquante-huit ans, chef ouvrier

Hématuries depuis un an. Gros papillome du bas fond en dehors de l'O.U.G. Traité par œstrogènes de septembre 1951 à février 1952. Résection papillome au bistouri électrique en février 1952 : classe I-II, groupe O, degré O. Pas de R.R. Va bien le 15 décembre 1955.

OBSERVATION N° 120 : M. Pa..., soixante-quatre ans, cartonier

Hématurie depuis dix jours. Tumeur face gauche : classe II, groupe O, degré 1. Pas de retentissement rénal. Résection en février 1954. Va bien le 15 décembre 1955.

OBSERVATION N° 121 : M. Pe..., soixante et un ans, maçon

Hématuries depuis trois mois. Tumeur sessile en arrière et en dehors de l'O.U.G. Pas de R.R. : classe II, degré 1, groupe O. Taille en mars 1952. Va bien en août 1954.

OBSERVATION N° 122 : M. Pi..., soixante-sept ans, ouvrier d'usine de matières colorantes

Hématuries depuis cinq ans. Plusieurs E.C. en 1953-1954. Tumeur : classe II, degré 1, groupe O. Siège face postérieure. Nombreuses cystoscopies. Rien à signaler jusqu'en octobre 1955.

OBSERVATION N° 123 : M. Po..., cinquante-huit ans

Hématuries depuis trente-cinq jours avec picotements et brûlures uréthrales. Deux gros papillomes du trigone : classe III. Taille en novembre 1953 : groupe A. Récidive en juillet 1954. Electro-coagulée. Décédé quelques semaines après d'infarctus du myocarde.

OBSERVATION N° 124 : M. Po..., quarante-neuf ans, serrurier

Cystite depuis un mois et demi. Volumineuse tumeur occupant la moitié gauche de la vessie : classe IV, degré 4. Cystectomie totale en juin 1952 : groupe C<sub>2</sub>. Métastase fémur droit en juillet 1952. Mort. Cachectique. Carcinose pelvienne. Métastases pulmonaires et hépatiques en mars 1953.

OBSERVATION N° 125 : M. Po..., médecin

Très grosse tumeur de la moitié droite de la vessie : classe IV, degré 4, groupe C<sub>2</sub>. Laparotomie exploratrice en mars 1953. Décédé quelques semaines plus tard.

OBSERVATION N° 126 : Mme Po..., soixante-dix-huit ans

Hématuries depuis quatre ans et demi. Cystite discrète depuis deux ans. Très gros retentissement arbre urinaire gauche. Taille vésicale en mai 1955. Très grosse tumeur : classe IV, degré 2, groupe A. Va bien le 15 décembre 1955.

OBSERVATION N° 127 : M. Pr... (*observation incomplète, le malade étant parti avant tout traitement*).

OBSERVATION N° 128 : Mme Re..., soixante-dix-huit ans

Hématuries depuis deux mois. Grosse masse tumorale occupe toute la partie droite de la vessie. Pas de R.R. Tumeur : classe IV, degré 3. Taille vésicale : groupe ≥ B. Radiothérapie. Décès le 7 décembre 1955.

OBSERVATION N° 129 : M. Re..., soixante-huit ans, graveur sur métaux

Entre dans le Service : cachectique. Biopsie le 29 octobre 1953. Tumeur : classe IV, degré 2-3, groupe B. Décès vingt jours après.

OBSERVATION N° 130 : M. Re..., soixante-cinq ans, magasinier

Maigrissement. Asthénie depuis six mois. Hématurie depuis un mois. Grosse tumeur pédiculée. Trigone et péri O.U.D. Pas de R.R. Tumeur : classe III, degré 1. Résection en octobre 1953 : groupe O. Va bien en décembre 1955.

OBSERVATION N° 131 : M. Ro..., quarante-trois ans, employé

Hématuries depuis un mois. Papillomatose depuis 1948. Tailles vésicales en 1948 et 1954. Electro-coagulation en 1949 et 1955. Tumeurs du trigone : classe II, degré 1, groupe O. Pas de retentissement rénal. Pas de récurrence en décembre 1955.

OBSERVATION N° 132 : M. Ro..., quarante-huit ans

Brûlures uréthrales depuis six mois. Hématuries depuis vingt jours. Tumeur sessile nécrosée au-dessus de l'O.U.D. Taille vésicale en avril 1953 : classe IV, degré 3, groupe B. Légère dilatation uretère droit. Résection pour récurrence en juin 1955. Bon état en février 1956.

OBSERVATION N° 133 : M. Rou..., soixante-neuf ans, mécanicien

Hématurie depuis huit mois. Légère dilatation des deux uretères. Polyposse importante dans la moitié antéro-inférieure de la vessie. Ablation de quatre à cinq polypes au bistouri électrique. Tumeur : classe II, degré 1, groupe O. Radiothérapie post-opératoire. Va bien le 15 décembre 1955.

OBSERVATION N° 134 : M. Ro..., soixante-dix ans

Hématuries depuis quinze jours, avec rétention intermittente. Tumeur sessile de la face postérieure. Volume un œuf de poule : classe IV, degré 4. Cystectomie partielle le 16 mars 1955. Sans nouvelles depuis.

OBSERVATION N° 135 : M. Sa..., cinquante ans, ajusteur

Hématuries depuis quelques mois. Premier traitement par électro-coagulation en 1951. Récidives en 1954. E.C. En avril 1955, cystectomie partielle. Tumeur : classe III, degré 1, groupe B, près de l'O.U.G. Dilatation importante de l'uretère gauche. Décès le 4 décembre 1955.

OBSERVATION N° 136 : Mme Sa..., soixante-trois ans

Hématurie depuis six mois. Gros polype vésical : classe IV, degré 4, groupe B. Traité par taille en février 1955. Récurrence en mai 1955. Depuis, sans nouvelles.

OBSERVATION N° 137 : Mme Sc..., soixante et onze ans

Hématuries depuis trois mois. Tumeur sessile face droite : classe IV, degré 2-3, groupe  $\geq$  B (biopsie). Décès six jours après.

OBSERVATION N° 138 : M. Se..., soixante-douze ans

Résection pour tumeur papillaire à large base de la face droite : classe III, degré 1, groupe A. Résection en février 1955. Va bien en juin 1955. Depuis, pas de nouvelles.

OBSERVATION N° 139 : Mme Si...

Tumeur du trigone du volume d'un œuf. Traitée par taille le 21 juin 1952. Pas de R.R. : classe I, degré 1, groupe O.

OBSERVATION N° 140 : M. Sm..., cinquante-deux ans, marchand forain

Pollakiurie depuis douze mois. Hématuries depuis six mois. Retard sécrétion arbre urinaire droit qui est très dilaté. Tumeur au niveau de l'O.U.D. : classe IV, degré 4. Mauvais état général. Transfusion. Amaigrissement important. Sort sur sa demande en juin 1953. Depuis, sans nouvelles.

OBSERVATION N° 141 : Mme Sp..., cinquante-deux ans, infirmière

Hématurie et cystite en mai 1945. Sans traitement. En mai 1948, nouvelle poussée de cystite. Hématurie sans traitement. Cystite en décembre 1951. Hématurie et cystite en décembre 1953. Tumeur face postéro-inférieure. Retentissement rénal bilatéral important. Tumeur : classe III, degré 3 (résection-biopsie en janvier 1954). Cystectomie totale en juin 1954 : classe IV, degré 3, groupe  $\geq$  B. Radiothérapie en octobre 1954. Décès. Carcinose le 16 août 1955.

OBSERVATION N° 142 : Mme Sy..., soixante-neuf ans, professeur

Hématuries depuis un an. Urée sanguine : 0,80 g/litre. Deux tumeurs : face droite pédiculée, face postérieure infiltrée péri O.U.D. Tumeur : classe IV, degré 4, groupe  $\geq$  B. Taille. Résection et ablation des deux tumeurs. Pas de nouvelles depuis.

OBSERVATION N° 143 : Mme Ta..., cinquante-neuf ans, concierge

Hématuries en 1949, en novembre 1952. Consulte pour la première fois en février 1953. Biopsie : classe III, degré 3, groupe A. Electro-coagulation. En mars 1953, cystectomie partielle. Bon état général en janvier 1956 (petites tumeurs siégeant près de l'O.U.G., pas de R.R.).

OBSERVATION N° 144 : M. Ta..., soixante ans, caviste

Hématuries depuis un mois. Tumeur infiltrée avec végétations et ulcérations sur la face droite près de l'O.U.D. Tumeur : classe IV, degré 4. Résection endoscopique : groupe  $> C_1$ . Pas de retentissement rénal. Radiothérapie post-opératoire. Décès en octobre 1955.

OBSERVATION N° 145 : M. Th..., soixante-dix ans

Hématuries depuis trois mois. Tumeur infiltrante de la face postérieure : classe IV, degré 4. Pas de R.R. Cystectomie partielle en mars 1952 : groupe  $C_1$ . Occlusion post-opératoire. Décès en juin 1952.

OBSERVATION N° 146 : M. Ti..., soixante ans, artiste de cirque

Brûlures en fin de miction depuis quatre à cinq ans. Hématurie totale il y a un mois. Pas de R.R. Papillome coiffant O.U.G. Deuxième papillome un peu plus haut. Tumeur : classe I, degré 1, groupe O. Traitée par résection en janvier 1955. Récidive électro-coagulée en mars 1955. Pas de récidive en décembre 1955.

OBSERVATION N° 147 : Mme To..., soixante et onze ans

Hématuries depuis seize mois. Tumeur siégeant au-dessus de l'O.U.D. sur la face droite : classe I-II, degré 1, groupe O. Electro-coagulation en janvier 1953. Depuis, sans nouvelles.

OBSERVATION N° 148 : M. Tr..., soixante-neuf ans, garde des eaux et forêts

Hématuries depuis six mois. Trois tumeurs sur le dôme et la face gauche : classe III, degré 1. Taille en décembre 1953 : groupe O. Pas de R.R. Récidive en octobre 1954 électro-coagulée.

OBSERVATION N° 149 : M. Ts..., quarante-six ans, ouvrier

Hématuries depuis trois mois. Formations papillomateuses sur tout le pourtour du col : classe II, degré 1. Traité par taille : groupe O (janvier 1953). Pas de R.R. Pas de récidive en décembre 1955.

OBSERVATION N° 150 : M. Va..., soixante-douze ans

Electro-coagulation en juin 1954 pour polypes vésicaux. Rétention en janvier 1955. Cystostomie en février 1955. Résection d'une volumineuse tumeur du trigone : classe IV, degré 4.

OBSERVATION N° 151 : M. Va..., quarante-sept ans, bijoutier

Hématuries depuis neuf mois. Tumeur sessile face droite, près de l'O.U.D. Rein gauche exclu. Rein droit très dilaté. Tumeur : classe IV, degré 2-3. Cystectomie totale le 16 juin 1954 : groupe B. Quinze mois après, métastase vertébrale. Décès dix-huit mois après (décembre 1955).

OBSERVATION N° 152 : Mme Va..., quarante-neuf ans

Hématuries depuis six mois. Tumeur face droite : classe II, degré 1, groupe O. Traitée par résection en juin 1955. Sans nouvelles depuis.

OBSERVATION N° 153 : Mme Va..., cinquante et un ans

Hématuries permanentes depuis quatre mois. Enorme tumeur molle en voie de putréfaction comblant entièrement la vessie. Le pédicule semble être postéro-inférieur gauche : classe IV, degré 2-3. Taille vésicale en juillet 1952 : groupe  $\geq$  B. Décès quarante-trois jours après l'intervention.

OBSERVATION N° 154 : M. Vay..., soixante ans, découpeur sur métaux

Cystite depuis treize mois. Hématurie terminale en février 1955. Très grosse tumeur : classe IV, degré 4. Cystostomie le 1<sup>er</sup> avril 1955 après taille. Tumeur très infiltrante et de très grosse taille (au moins groupe B). Ureter droit dilaté. Décédé le 19 août 1955.

OBSERVATION N° 155 : M. Ve..., cinquante-quatre ans, chapelier

Hématurie depuis six mois. Pas de retentissement rénal. Tumeur pédiculée face droite : classe III, degré 1-2, Groupe A. Pas de repousse le 17 janvier 1956.

OBSERVATION N° 156 : V. Vi... (*observation éliminée car la tumeur vésicale glandulaire n'était qu'une tumeur secondaire à un cancer intestinal*)

OBSERVATION N° 157 : Mme Vi..., cinquante ans

Dysurie depuis deux ans. Hématurie il y a quatre jours. Petit kyste bleuâtre sur la barre interurétérale. Deux ulcérations cratériformes sur le dôme. Electrocoagulation. Tumeur : degré 4, groupe  $\geq$  A. Urétérostomie bilatérale cutanée en juillet 1953, car anurie presque complète, et au toucher vaginal, énorme tumeur vésicale. Sans nouvelles depuis.

OBSERVATION N° 158 : Mme Yu..., soixante et un ans, femme de ménage

Hématuries depuis six mois. Tumeur blanchâtre et nécrosée masquant O.U.D. A l'urographie, rein droit exclu. Résection le 16 février 1955 : classe III, degré 1, groupe O. Pyonéphrose droite. Néphrectomie. Papillome pyélique. Récidive vésicale et urétérale en décembre 1955. Cystectomie partielle + urétérectomie totale. Tumeurs de classe II et III, groupe A.

OBSERVATION N° 159 : Mme Za..., soixante-dix-sept ans, couturière

Hématuries depuis trois mois. Exclusion rein gauche. Tumeur de gros volume masquant O.U.G. Taille vésicale en mai 1955 : classe III, degré 1-2, groupe A. Hématuries depuis l'intervention signalées le 9 janvier 1956.

OBSERVATION N° 160 : M. Ze..., quarante-trois ans, huissier

Hématuries depuis dix jours. Papillome face gauche masquant O.U.G. par ses franges : classe II, degré 1. Résection le 23 mars 1955 : groupe O. En mai 1955, rien à signaler.

OBSERVATION N° 161 : Mme Zi..., cinquante-six ans, emballeuse

Cystite depuis quatre mois. La moitié droite de la vessie est occupée par un agglomérat chaotique de grosses bulles d'œdème avec deux zones ulcérées. O.U.D. invisible. Tumeur : classe IV, degré 4, groupe B. Pas de traitement. Aortite syphilitique. Décès un mois et demi après (rein droit exclu).

OBSERVATION N° 162 : Mme Co..., soixante ans

Cystite depuis deux ans. A eu quatre électro-coagulations de 1952 à 1954. Nombreuses tumeurs de siège multiple. Pas de retentissement rénal. Tumeurs : classe II. Récidives traitées par E.C. en juin et novembre 1954, en février 1955. Pas de récurrence en octobre 1955.

OBSERVATION N° 163 : M. Du..., quarante-quatre ans, cheminot

Hématuries et cystite depuis quelques mois. Tumeur papillaire siégeant sur le dôme : classe III, degré 1, groupe O. Pas de R.R. Electro-coagulation en juin 1955. Deux récurrences E.C. en août 1955 et janvier 1956.

OBSERVATION N° 164 : Mme Ki..., soixante-sept ans, comptable

Cystite solitaire pendant dix-huit mois. Tumeur du trigone, base d'implantation large : classe II-III, degré 1. Taille en octobre 1952 : groupe O. Dilatation de l'arbre urinaire droit. Récidives électro-coagulées en avril 1953 et octobre 1953. Podophylline en avril 1954. Va bien sans récurrences en avril 1956.

OBSERVATION N° 165 : M. De la P..., soixante-dix ans, blanchisseur

Hématuries depuis treize ans. Anémie considérable. Traitée en 1949 par taille. Deux tumeurs du sommet et de la lèvre antérieure du col : classe II. Nombreuses hématuries. Mort à soixante-douze ans (1951) d'anémie aiguë par récurrence probable.

OBSERVATION N° 166 : M. Ba..., cinquante-quatre ans

Hématuries et pollakiurie depuis un mois. Grosse tumeur sessile masquant O.U.D. Rein droit exclu. Tumeur : classe IV, degré 4. Cystectomie totale en octobre 1954 : groupe C<sub>2</sub>. Fistule recto-abdominale dans les suites opératoires. Néphrostomie gauche en février 1955. En mai 1956, mauvais état général, urée sanguine : 1,80 g. Persistance de la fistule abdominale.



## CONCLUSIONS

---

Si l'hématurie reste le « maître symptôme » des tumeurs vésicales, il nous faut insister sur la fréquence, surtout chez la femme, d'une cystite solitaire pendant de longs mois, comme premier signe d'une tumeur vésicale.

Après une étude critique des différents systèmes de classification qui ont été proposés, nous avons adopté une méthode qui tient compte à la fois :

- de l'aspect endoscopique de la tumeur ;
- de son aspect histologique ;
- du degré de malignité, selon BRODERS ;
- du groupe d'envahissement pariétal, selon JEWETT.

Elle nous permet donc :

- de prévoir les récurrences éventuelles ;
- d'apprécier la rapidité d'évolution de la tumeur ;
- de fixer la thérapeutique la plus appropriée ;
- et, en définitive, nous indique le pronostic des tumeurs épithéliales primitives de la vessie.

Notre statistique de 164 observations nous permet de tirer les conclusions suivantes :

- les classes I et II sont à traiter par électro-coagulation ou résection endoscopiques ;
- les classes III et IV doivent être opérées par voie sus-pubienne.

L'urgence opératoire nous est indiquée par le degré de malignité de BRODERS :

- pour un degré 1 ou 2, l'évolution est suffisamment lente pour permettre de choisir le moment opératoire le plus opportun ;
- pour les degrés 3 et 4, l'évolution de la tumeur est rapide ; l'intervention devient une urgence.

Le palper bimanuel abdomino-pelvien, l'examen clinique per-opératoire et peut-être l'examen histologique extemporané permettront d'apprécier l'envahissement pariétal de la tumeur.

Parfois, ce n'est qu'au laboratoire que l'on précisera le groupe de JEWETT :

- pour les tumeurs non infiltrantes du groupe O, les tumeurs du groupe A, on peut se contenter d'une taille exérèse localisée, dans la mesure où le siège de la tumeur et les conditions opératoires le permettent ;
- pour les tumeurs du groupe B, où la musculieuse est atteinte mais non complètement rompue, une exérèse plus large s'impose. On sait que, dans quelques cas, il existe déjà des métastases ;
- dans le groupe C, elles sont de règle, surtout dans le groupe C<sub>2</sub>. C'est pourquoi nous proposons la cystectomie totale avec curage, le plus soigneux possible, des chaînes lymphatiques quel qu'en puisse être le risque opératoire, si l'on veut donner une chance de survie au malade.

La thérapeutique par les radio-isotopes, qui a suscité à ses débuts un grand enthousiasme, n'a pas encore un recul suffisant pour qu'on puisse juger de son efficacité, et les radio-épithélites qu'elle provoque en modèrent les indications.

Vu, le Doyen :  
BINET

Vu, le Président de Thèse :  
Mlle P. GAUTHIER-VILLARS

Vu et Permis d'imprimer,  
le Recteur de l'Académie de Paris :  
SARRAILH

## TRAVAUX CONSULTÉS

---

1. ABESHOUSE (S.) et SCHERLIS (I.). — Spontaneous disappearance or retrocession of bladder neoplasm. (*The Urologic and Cut. Review*, 1951, 55, 1-11.)
2. ABOULKER (P.) et CHOMÉ (J.). — Le cyto-diagnostic des tumeurs de vessie. Etude critique. (*J. d'Urol.*, 1954, 60, 220-236.)
3. ABOULKER (P.) et CHOMÉ (J.). — Les métastases des tumeurs épithéliales primitives de la vessie. (*J. d'Urol.*, 1953, 59, 845-860.)
4. ABOULKER (P.) et SMAGGHE (G.). — Le dépistage par la cystoscopie des tumeurs vésicales chez les travailleurs des matières colorantes. (*J. d'Urol.*, 1953, 59, 397.)
5. ALBARRAN (J.). — Les tumeurs de la vessie. (Paris, 1892.)
6. AUVIGNE (J.) et KERNEIS (J.). — Les épithéliomas colloïdes du dôme vésical. A propos de deux observations. (*J. d'Urol.*, 1955, 61, 85-96.)
7. BARRINGER (B.S.). — Twenty five years of Radon treatment. (*J.A.M.A.*, 1947, 135, 616-618.)
8. BARSOTTI (M.) et VIGLIANI (E.C.). — Vesical lesions due to aromatic amine ; study of statistics and prevention. (*Med. d. Lavoro*, 1949, 40, 129-137.)
9. BERGLIN (T.) et MATHISEN (W.). — Les troubles de l'équilibre des électrolytes du sang à la suite de l'anastomose urétéro-intestinale. (*Acta Chirurgica Scandinavica*, 1952, 104-130.)
10. BILGER (F.), LANTZ (A.), BOLLACK (C.), WEIBEL (R.). — Aspiration-biopsie et cyto-diagnostic dans les affections de la vessie. (*J. d'Urol.*, 1953, 59, 3-16.)
11. BILLIARD-DUCHESNE (J.L.). — Amino-tumeurs de la vessie. (*J. d'Urol.*, 1948, 54, 168-171.)
12. BILLIARD-DUCHESNE (J.L.). — Les amino-tumeurs de la vessie (tumeurs dites aniliniqes). Dix-sept observations françaises. (*J. d'Urol.*, 1946-1947, 53, 401-422.)
13. BLUM (E.), BURG (C.), CHEVALIER (A.). — Essais de traitement des tumeurs vésicales malignes par excision locale suivie d'infiltration de phosphate de chrome colloïdal radio-actif. (*J. d'Urol. Belge*, 1954, 22, 318 ; — *J. d'Urol.*, 1955, 61, 560.)
14. BOEMINGHAUS (H.). — Cystektomie beim Blasenkrebs. (G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1951 ; — *J. d'Urol.*, 1951, 57, 757-760.)

15. BOISBEUNET (P.). — Néphro-urétérectomie totale et cystectomie partielle en un temps pour polypose pyélo-urétéro-vésicale. (*J. d'Urol.*, 1955, 61, 426-429.)
16. BONENFANT (J.L.). — Epithélioma glandulaire mucipare de la vessie. (*J. d'Urol.*, 1951, 57, 418-421.)
17. BONNARD (A.), DAX (L.) et BERGE (C.). — Tumeur de type intestinal. Origine allantoïdienne. (*J. d'Urol.*, 1950, 56, 971-974.)
18. BONSER (G.M.), CLAYSON (D.B.), JULL (J.W.). — Experimental inquiry into cause of industrial cancer of bladder. (*Lancet*, 1951, 2, 286-288.)
19. BOYLAND (R.N.), GREENE (L.F.) et MAC DONALD (J.R.). — Epithelial neoplasms arising in diverticule of the urinary bladder. (*The J. of Urol.*, 1951, 65, 1.041-1.049.)
20. BUTORI (P.). — Iconographie radiologique d'une tumeur vésicale volumineuse. (*J. d'Urol.*, 1951, 57, 178-180.)
21. CHAUVIN (M.E.). — Guérison spontanée d'une tumeur vésicale après urétéro-entérostomie. (*J. d'Urol.*, 1953, 59, 230-234.)
22. CHAUVIN (E.). — Tumeur latente de l'intestin révélée par des hématuries (et des signes vésicaux) et une tumeur vésicale. (*J. d'Urol.*, 1953, 59, 243-244.)
23. CHAUVIN (H.F.) et BONNEAU (H.). — Epithélioma glandulaire de la vessie. (*J. d'Urol.*, 1954, 60, 81-83.)
24. CHIAUDANO. — Nouvelle méthode pour le diagnostic précoce des tumeurs de la vessie : l'examen cytologique du sédiment urinaire. (*J. d'Urol.*, 1953, 59, 266.)
25. CHOMÉ (J.). — Les tumeurs primitives de la vessie. (*Gaz. Méd. de France*, 1953, 60, 323-328.)
26. CHOMÉ (J.). — Métastases des tumeurs épithéliales de vessie. (*Thèse*, Paris, 1953, 846.)
27. CIBERT (J.), DURAND (L.), FEIT (R.) et COULONVAL (L.). — Les métastases osseuses des cancers de vessie. (*Lyon Chirurgical*, 1951, 46, 705.)
28. CIBERT (J.) et DURAND (L.). — Indications et résultats du traitement des tumeurs malignes de la vessie. (*Lyon Chirurgical*, 1950, 45, 897-906.)
29. CIBERT (J.), DURAND (L.) et BERBEN (J.Y.). — A propos du diagnostic des tumeurs infiltrantes de la vessie, les cystites interstitielles, tumeurs fantômes inflammatoires. (*J. d'Urol.*, 1951, 57, 507-510.)
30. CIBERT (J.) et ROLLAND (F.). — La cystectomie totale. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 493.)
31. COLBY (F.H.) et KERR (W.S. Jr.). — Carcinoma; evaluation of total cystectomy and other methods of treatment. (*New England J. Med.*, 1951, 244, 504-506.)
32. COLBY (F.H.). — Carcinoma. Results of total cystectomy. (*Canada M.A.J.*, 1952, 66, 144-147.)

33. CONES (D.M.T.) et GREGORY (C.). — Technic for intra-cavitary radiation (using radio active cobalt). (*Brit. J. Radiol.*, 1952, 25, 597-600.)
34. CORBY (C.). — Le comportement des voies urinaires hautes dans les cancers vésicaux et prostatiques. (*Urologia*, 1950, 17, 466-473.)
35. COTARD (J.L.). — Amino-tumeurs de la vessie. Dépistage. Cystoscopie systématique. (Thèse, Paris, 1949, 73.)
36. COUTTS (W.E.) et SILVA-INZUNZA (E.). — Contribution au diagnostic cytologique rapide de la nature des tumeurs vésicales. Etude des cellules à l'ultra-microscope. (*Communication Préliminaire J. d'Urol.*, 1952, 58, 865-870; — *J. d'Urol.*, 1955, 61, 56-62.)
37. COUVELAIRE (R.). — Tumeurs de la vessie. (In *Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale*, tome VI, pp. 517-527, Paris, Masson édit.)
38. COUVELAIRE (R.). — La cystectomie trigonale. (*J. d'Urol.*, 1951, 57, 658-692.)
39. COUVELAIRE (R.). — Le réservoir iléal de substitution après la cystectomie totale chez l'homme. (*J. d'Urol.*, 1951, 57, 409-417.)
40. COUVELAIRE (R.). — Rôle de l'U.I.V. dans l'évaluation de la malignité des tumeurs vésicales. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 896-899.)
41. COUVELAIRE (R.) et BOUHANNA (E.). — Les relations entre la bilharziose et le cancer vésical. (*J. d'Urol.*, 1954, 60, 659-683.)
42. COUVELAIRE (R.) et LEMAIRE (M.). — De l'U.I.V. dans l'appréciation de la malignité d'une tumeur vésicale. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 273-274.)
43. CRABBE (J.G.S.). — Exfoliative cytologic control in occupational cancer. (*Brit. M. J.*, 1952, 2, 1.072-1.076.)
44. CRABTREE (E.G.). — Remote end results of management of pedunculated tumors. (*J. of Urol.*, 1948, 60, 85-91.)
45. CROLL (R.). — Tumeur vésicale. Diagnostic. Valeur de l'U.I.V. (Thèse, Paris, 1951, R.56.)
46. DARGET (R.) et BALLANGER (R.). — Le traitement des tumeurs inopérables de la vessie. Implantation rectale par voie sacrée des uretères. (*J. d'Urol.*, 1950, 56, 692-695.)
47. DARGET (R.). — Tumeurs malignes de la vessie. (Bordeaux, 1951, 108 p.)
48. DARGET (R.), BALLANGER et CHAUVIN. — Quelques investigations nouvelles dans le diagnostic des tumeurs de la vessie. (*J. d'Urol.*, 1951, 57, 547-549.)
49. DARGET, CHAUVIN, BALLANGER et VIVES. — Nouvelle technique de pneumocystographie au moyen de la gélobarine et du jaune d'œuf mélangés. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 910-913.)
50. DAVIES (E.R.) et STEWART (I.S.). — Vesical carcinoma with bilharzia. (*Brit. M. J.*, mai 1950, 1.114-1.115.)
51. DAVIES (E.). — Disappearance of carcinomatous ulceration following ureterosigmoidostomy: 22 cases. (*J.A.M.A.*, 1948, 137, 450-453.)
52. DEAKIN (R.). — Cystoscopic fulguration of many papillary carcinomata. (*Urol. and Cutan. Rev.*, 1947, 51, 669-671.)

53. DEAN (A.L. Jr) et ASH (J.E.). — The disadvantages of the electro-resectoscope for bladder tumor biopsy. (*J. of Urol.*, 1954, 72, 652-655.)
54. DEAN (A.L.), MOSTOFI (F.K.), THOMSON (R.V.) et CLARCK (M.L.). — A restudy of the first 1.400 tumors in the bladder tumor registry. (*The J. of Urol.*, 1954, 71, 571-590.)
55. DEAN (A.L.) et ASH (J.E.). — Study of the bladder tumors in the Registry of the American Urological Association. (*The J. of Urol.*, 1950, 63, 618-624.)
56. DELINOTTE (P.), ARNAUD (L.) et CHATAIN (Y.). — Deux cas d'amino-tumeurs. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 371.)
57. DESOILLE (H.), HOCHFELD (M.) et ABOULKER (P.). — Dépistage chez les travailleurs des matières colorantes ; premiers résultats d'une cystoscopie systématique. (*Arch. des Mal. Prof.*, 1948, 9, 149-152.)
58. DONOVAN (H.). — Result of diathermy treatment of villous papilloma. (*B.J.U.*, 1950, 22, 332-341.)
59. DOUGLAS (M.). — Uniformity of dosage in bladder carcinoma. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 1953, 46, 465-466.)
60. DOUILLET (M.). — Cinq observations d'amino-tumeurs de la vessie. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 372-375.)
61. DRINKER (H.R. Jr) et O'CONNOR (V.J.). — Tumors of the bladder : survey of 180 patients. (*The J. of Urol.*, 1954, 72, 204-210.)
62. DUCKWORTH (D.). — The treatment of papillomatosis with podophyllin. (*The J. of Urol.*, 1950, 64, 740-742.)
63. DUFOUR (A.). — Contribution au traitement des cancers de vessie. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 724-726.)
64. DUFOUR (A.). — La cystectomie totale pour cancer de vessie. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 492-493.)
65. DUKES (C.E.) et MASINA (F.). — Classification of epithelial tumours of the bladder. (*Brit. J. of Urol.*, 1949, 21, 273-295.)
66. DUNCAN (I.G.) et BRYAN (H.G.). — Treatment by means of resectoscope. (*Urol. and Cut. Rev.*, 1946, 50, 616-617.)
67. DURAND (L.). — Contribution à l'étude du traitement des tumeurs malignes de la vessie. (*J. d'Urol.*, 1950, 56, 136-137.)
68. DUVERGEY (H.). — Radiothérapie de contact des tumeurs vésicales avec fermeture immédiate de vessie. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 302-307.)
69. FALAIZE (J.). — Deux observations de tumeurs diverticulaires opérées par voie trans-vésicale. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 594-597.)
70. FARNARIER (G.). — Deux cas de polypose uro-génitale traités par podophylline. (*J. d'Urol.*, 1951, 57, 239-240.)
71. FERRIS (D.O.) et PRIESTLEY (J.T.). — Total cystectomy in treatment of carcinoma. (*J. of d'Urol.*, 1948, 60, 98-106.)

72. FEY (B.). — Sur la chirurgie des tumeurs vésicales au moyen du résecteur. (*J. Belge d'Urol.*, 1947, 16, 1.)
73. FLOCKS (R.H.). — Treatment of patients with carcinoma of the bladder. (*J.A.M.A.*, 1951, 145, 295-301.)
74. FRANKSSON (C.). — Tumors of the urinary bladder. A pathological and clinical study of 434 cases. (*Acta Chirurgica Scandinavica*, analyse in *J. d'Urol.*, 1950, 56, 609-610.)
75. FRIEDMAN (N.B.) et KUHLENBECK (H.). — Adenomatoid tumors of the bladder reproducing renal structures (nephrogenic adenomas). (*The J. of Urol.*, 1950, 64, 657.)
76. FURLANI (T.). — Les œstrogènes dans le traitement des tumeurs vésicales. (*Urologia*, 1949, 16, 238-244.)
77. GANEM (E.J.) et AINSWORTH (L.B.). — Néoplasmes bénins de la vessie chez l'enfant. Revue de la littérature et publication d'un cas. (*J. of Urol.*, 1955, 73, 1.032.)
78. GAUSA RASPALL (P.). — Pneumocystographie de grandes tumeurs vésicales. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 893-895.)
79. GIBSON (M.W.J.). — Treatment of cancer of the bladder. (*B.J.U.*, 1950, 22, 424.)
80. GIRONCOLI (F. DE). — Study a propos of disappearance of tumors following supravescical derivation of urine. (*Urologia*, 1952, 19, 1-10.)
81. GLASSMAN (J.M.) et MEIGS (J.W.). — Benzidine (4-4-diamino biphenyl) and substituted benzidines. (*A.M.A. Arch. Indust. Hyg.*, 1951, 4, 519-532.)
82. GODARD (H.). — L'implantation urétéro-intestinale et la cystectomie totale pour cancer. (*J. d'Urol.*, 1948, 54, 313-323.)
83. GODARD (H.). — A propos de 3 cas de cancers de vessie. (*J. d'Urol.*, 1948, 54, 267-269.)
84. GOLDBERG (L.G.). — Complete regression of carcinoma of the bladder following ureterosigmoidostomy. (*J. of Urol.*, 1950, 63, 116-121.)
85. GONZALEZ (R.) et GOMEZ (J.M.). — Une statistique sur les néoplasies en pathologie urinaire. (*J. d'Urol.*, 1951, 59, 55-58.)
86. GONZALEZ (R.) et FIRSTATER (M.). — New therapeutic possibility in papillomas. (*Urol. and Cutan. Rev.*, 1948, 52, 377-381.)
87. GOUVERNEUR (R.). — Démonstration de 2 U.I.V. à propos de cancer de vessie. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 317.)
88. GOUVERNEUR (R.) et ABOULKER (P.). — Les résultats éloignés du traitement des cancers infiltrés de la vessie par la cystectomie partielle. (*Pr. Med.*, 1949, 57, 402.)
89. GOUVERNEUR (R.) et ABOULKER (P.). — La cystectomie totale chez l'homme. (*J. d'Urol.*, 1948, 54, 67-71.)
90. GOUYGOU (C.). — Le pronostic des tumeurs de la vessie d'après l'histologie. (*J. d'Urol.*, 1948, 54, 163-168.)

91. GRAVES (R.C.), BUDDINGTON (W.T.) et THOMSON (R.S.). — Total cystectomy for cancer of the urinary bladder. (*The J. of Urol.*, 1950, 63, 821-841.)
92. GUEHMAN (B.S.) (Moscou). — A propos de l'évolution maligne des tumeurs bénignes de vessie. (Résumé in *J. d'Urol.*, 1954, 60, 471.)
93. HELLSTROM (J.). — Views on treatment especially ureteral implantation in bowel and total cystectomy. (*Urol. and Cutan. Rev.*, 1948, 52, 385-388.)
94. HERBUT (P.A.). — Urological pathology. (Philadelphie, Lea and Febiger edit., 1952, 286.)
95. HIGGINS (C.C.) et HAUSFELD (K.F.). — Cutaneous metastases from carcinoma : 2 cases. (*J. of Urol.*, 1948, 59, 879-886.)
96. HIGGINS (C.C.). — Total cystectomy for carcinoma. (*J.A.M.A.*, 1947, 135, 619-621.)
97. HIGGINS (C.C.). — Cystectomy for carcinoma. (*J. of Urol.*, 1950, 64, 318-325.)
98. HINMAN (F. Jr), SCHULTE (J.W.) et LOWBEER (B.V.A.). — Further experience with intracavitary radiocobalt for bladder tumors. (*J. of Urol.*, 1955, 73, 285-291.)
99. HOLLANDS (F.A.). — The results of diathermy treatment of villous papilloma of the bladder. (*B.J.U.*, 1950, 22, 342-375.)
100. HOLLANDS (F.G.). — Malignant disease of urinary bladder Hunterian lecture. (*Ann. Roy. Coll. Surgeons England*, 1952, 11, 265-286.)
101. HUGHES (F.A.). — Endoscopic resection of papillary tumors. (*Urol. and Cutan. Rev.*, 1947, 51, 36-42.)
102. INZUNZA (E.S.) et COUTTS (W.E.). — Diagnostic cytologique des lésions malignes en urologie. (*J. d'Urol.*, 1955, 61, 56-62.)
103. JACOBS (A.) et STIRLING (W.B.). — The late results of ureterocolic anastomosis. (*B.J.U.*, 1952, 24, 259.)
104. JEWETT (H.J.). — Simple cystectomy and segmental resection for cancer of bladder. (*The J. of Urol.*, 1953, 70, 620-623.)
105. JEWETT (H.J.). — Infiltrating carcinoma of the bladder. (*J.A.M.A.*, 1952, 148, 187.)
106. JEWETT (H.J.). — Carcinoma of the bladder : influence of infiltration on the 5 years results following complete extirpation of the primary growth. (*J. of Urol.*, 1952, 67, 672-680.)
107. JEWETT (H.J.). — Carcinoma ; treatment and prognosis. (*South M.J.*, 1950, 43, 661-666.)
108. JEWETT (H.J.) et CASON (J.F.). — Infiltrating carcinoma curability by segmental resection. (*South M.J.*, 1948, 41, 158-162.)
109. JEWETT (H.J.) et LEWIS (E.L.). — Infiltrating carcinoma : curability by total cystectomy. (*J. of Urol.*, 1948, 60, 107-118.)

110. JOSSERAND (A.), CIBERT (J.) et DUC (H.). — Epithélioma vésical traité par chimiothérapie palliative; résultats après un an. (*J. d'Urol.*, 1955, 61, 391-395.)
111. KATZ (J.) et LUTTWAK (E.M.). — Abscess appendiculaire simulant une tumeur de vessie. (*J. d'Urol.*, 1953, 59, 48-50.)
112. KAPLAN (J.H.), MAC DONALD (J.R.) et THOMPSON (G.J.). — Multicentric origin of papillary tumors. (*J. of Urol.*, 1951, 66, 792-804.)
113. KERR (W.S.) et COLBY (F.H.). — Pelvic lymphadenectomy and total cystectomy in the treatment of carcinoma of the bladder. (*J. of Urol.*, 1950, 63, 842-851.)
114. KIEFFER (J.H.). — Bladder tumor recurrence in the urethra: a warning. (*J. of Urol.*, 1953, 69, 652-656.)
115. KLINGERMAN (M.M.), ROBINSON (J.N.), FISH (G.W.) et DAVID (I.). — Segmental resection and radium implantation in treatment of vesical carcinoma. (*The J. of Urol.*, 1952, 68, 706-711.)
116. KRETSCHMER (H.L.) et MAC DONALD (J.H.). — Carcinoma with bones metastases: 8 cases. (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1948, 87, 328-337.)
117. KRETSCHMER (H.L.) et STIKA (E.A.). — Papilloma of the bladder, life after fulguration. (*J.A.M.A.*, 1949, 141, 1.039-1.041.)
118. KUISS (R.), MATHIEU et JAMET. — Tumeurs de vessie et radio-isotopes. (*III<sup>e</sup> Congrès Français d'Urologie; Assoc. Franç. d'Urol.*, 1954, 235-240.)
119. LANGE (J.). — Un cas de cancer développé sur une vessie extrophiée et traité par excision et implantation d'aiguilles de radium. (*J. d'Urol.*, 1948, 54, 183-186.)
120. LANGE (J.). — Cystectomie totale en un temps avec urétérostomie cutanée bilatérale pour cancer: 2 cas. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 288-293.)
121. LANGE (J.). — Pseudo-tumeur inflammatoire de la vessie. (*J. d'Urol.*, 1950, 56, 706-707.)
122. LANGE (J.). — La tomographie dans les tumeurs de la vessie. (*J. d'Urol.*, 1954, 60, 158-163.)
123. LAPORTE (L.P.). — L'U.I.V. dans les néo de la vessie, leurs répercussions sur les voies urinaires hautes. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 950-952.)
124. LEGRAIN (M.). — Troubles humoraux par contact de l'urine et d'une muqueuse intestinale. (*J. d'Urol.*, 1955, 61, 360-372.)
125. LENZ (M.), CAHILL (G.F.), MELICOW (M.M.) et DONLAN (C.P.). — Treatment by radium needles. (*Am. J. Roentgen.*, 1947, 58, 486-493.)
126. LESCEUR (P.). — Tumeurs épithéliales de vessie: étude. Méthodes à la réticuline. (*Thèse, Paris*, 1951, 812.)
127. LICH (R. Jr) et GRANT (O.). — Use of oestrogens in treatment of B.T. (*J. of Urol.*, 1948, 59, 682-686.)

128. LLOYD (F.A.) et BAUMRUCKER (G.). — Cystectomy for carcinoma of the urinary bladder. (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1953, 97, 584.)
129. MAC CREA (L.E.). — Cutaneous metastases of bladder carcinoma. (*J. of Urol.*, 1949, 62, 158-162.)
130. MAC DONALD (J.H.), HECKEL (N.J.) et KRETSCHMER (H.L.). — Cutaneous metastases secondary to carcinoma. Report of 2 cases and review of literature. (*Arch. Dermat. and Syph.*, 1950, 61, 276-284.)
131. MAC DONALD (J.R.) et THOMPSON (G.J.). — Bladder carcinoma; pathologic study with special reference to invasiveness and vascular invasion. (*J. of Urol.*, 1948, 60, 435-445.)
132. MAC DONALD (D.F.) et LUND (R.R.). — Role of urine in vesical neoplasm. (*J. of Urol.*, 1954, 71, 560.)
133. MARSHALL (V.F.). — Relation of preoperative estimate to pathologic demonstration of extent of neoplasms. (*J. of Urol.*, 1952, 68, 714-723.)
134. MARSHALL (V.F.). — Comparison of radiation and surgery. (*J.A.M.A.*, 1947, 134, 501.)
135. MARSHALL (V.F.) et WHITMORE (W.F. Jr). — Simple cystectomy for cancer of urinary bladder: 100 cases consecutives; 2 years later. (*J. of Urol.*, 1950, 63, 232-241.)
136. MARSHALL (V.F.). — Transplantation of ureters and total cystectomy. (*J. of Urol.*, 1947, 58, 244-249.)
137. MATHE (C.P.) et LOGAN (L.H.). — Papillome bénin de l'uretère et tumeur papillaire maligne de la vessie. (*California Med. in J. d'Urol.*, 1955, 61, 557.)
138. MELICOW (M.M.). — Bladder tumors. (*J. of Urol.*, 1955, 74, 498-521.)
139. MICHON (E.). — Etude anatomo-clinique des épithéliomas vésicaux. (*Thèse*, Paris, 1949, 642.)
140. MILLEN (J.L.E.). — Results of treatment of bladder cancer by radiotherapy. (*B.J.U.*, 1950, 22, 430.)
141. MILLIN (T.). — Anastomose urétéro-colique. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 841-850.)
142. MILLIN (T.) et MASINA (F.). — Total cystectomy: a consideration of the technique. (*B.J.U.*, 1949, 21, 108.)
143. MINGAZZINI (M.). — La transplantation des uretères et la cystectomie totale. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 716-717.)
144. MOORE (V.), GAMBLE (D.), LIBBY (B.S.) et GOODWIN (W.E.). — Phosphate de chrome radio-actif dans le traitement des tumeurs urologiques. (*J. of Urol.*, 1955, 73, 410-417.)
145. MORSANI (S.). — Sur la valeur des examens cytologiques dans les tumeurs des voies urinaires. (*Urologia*, 1949, 16, 193-200.)
146. MOSTOFI (F.K.). — Study of 2.678 patients with an initial bladder carcinoma. (*J. of Urol.*, 1956, 75, 480-491, 492-500.)

147. MULLENIX (R.B.) et PRENTISS (R.J.). — Critical analysis of treatment of bladder tumors. (*Urol. and Cutan. Rev.*, 1949, 53, 65-67.)
148. MULLER (A.). — Industrial vesical and renal lesions in Basel Dye Industries. (*Helvet. Chir. Acta*, 1951, 18, 1-41.)
149. NELSON (C.M.) et WILLIAMS (G.Z.). — The use of radioactive gold colloïd in inoperable carcinoma of the bladder: report of 2 cases. (*J. of Urol.*, 1955, 73, 298.)
150. NICOLICH (G.). — Urétéro-sigmoïdostomie et cystectomie totale pour cancer. (*J. d'Urol.*, 1948, 54, 551-555.)
151. NICOLICH (G.). — Traitement chirurgical des tumeurs malignes de la vessie. (*Rapport au XXIII<sup>e</sup> Congrès Italien d'Urol.*, 1950, 115 p.)
152. OECONOMOS (S.). — Le traitement des papillomes de la vessie par des instillations vésicales de suspension huileuse de podophylline. (*J. d'Urol.*, 1951, 57, 119.)
153. PAPIN (E.). — Endoscopie opératoire des tumeurs vésicales. (Paris, 1923.)
154. PAQUIN (A.J.) et MARSHALL (V.F.). — Diagnosis of bladder tumors. (*New-York J. Med.*, 1952, 52, 2.865-2.866.)
155. PARSONS (F.M.), PYRAH (L.N.), POWELL (F.J.N.), REED (G.W.) et SPEERS (F.W.). — Déséquilibre chimique consécutif à l'anastomose urétéro-colique. (*B.J.U.*, 1952, 24, 317.)
156. PATORI (G.). — Prolapsus d'un papillome vésical. (*J. d'Urol.*, 1952, 58, 411-412.)
157. PETKOVIC (S.). — Two-stage total cystectomy in therapy. (*J. d'Urol.*, 1953, 59, 106-107.)
158. PETKOVIC (S.). — Rôle de l'U.I.V. dans l'appréciation du degré de malignité des tumeurs de vessie. (Résumé in *J. d'Urol.*, 1954, 60, 594.)
159. PIGANOL (G.), HERVÉ (A.) et ROUFFILANGE (F.). — La bilharziose urinaire. (*J. d'Urol.*, 1955, 61, 525-542.)
160. POOLE-WILSON (D.S.). — Treatment of carcinoma of the bladder. (*B.J.U.*, 1950, 22, 414-423.)
161. PRIESTLEY (J.T.). — Surgical treatment of carcinoma. (*J. d'Urol.*, 1948, 54, 402-404.)
162. REYNOLDS (L.R.), SCHULTE (T.L.) et HAMMER (H.J.). — Clinical evaluation of radical transurethral management. (*J. of Urol.*, 1949, 61, 912-916.)
163. RICHTER (S.). — Papillary carcinoma of the bladder treated by combined chemo and electrocoagulation. (Résumé in *J. d'Urol.*, 1952, 58, 99.)
164. RITTER (J.S.). — Endoscopic treatment of B.T. (*Urol. and Cut. Rev.*, 1947, 51, 258.)
165. RITTER (J.S.) et RITTER (H. Jr). — Radium bomb therapy for cancer of the bladder. (*M. Times*, 1953, 81, 164-175.)
166. ROM (F. et E. DE). — Cyto-diagnostic du cancer vésical par la méthode de Papanicolaou. (*J. d'Urol.*, 1950, 56, 136.)

167. ROMETTI (A.) et REVILLON (J.). — Intérêt de l'U.I.V. dans l'appréciation de la malignité des tumeurs de vessie. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 965-966.)
168. RUMMELHARDT. — A propos du traitement chirurgical des C.V. (*J. d'Urol.*, 1955, 61, 560.)
169. SAUER (H.R.), BLICK (M.S.) et NEEHAN (D.J.). — Study of untreated cancers. (*J. of Urol.*, 1950, 63, 124-127.)
170. SCHULTE (J.W.), HINMAN (F. Jr) et LOW-BEER (B.V.A.). — Radiocobalt in the treatment of bladder tumors. (*J. of Urol.*, 1952, 67, 916-924; — *J. d'Urol.*, 1953, 59, 273-274.)
171. SORRENTINO (M.A.). — La cystectomie totale dans le cancer de vessie. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 715.)
172. STAPLETON (J.E.). — Treatment of advanced carcinoma of the bladder with two million volt rotation therapy. (*J. Fac. Radiol.*, 1953, 4, 207-210.)
173. THOMPSON (G.J.) et KAPLAN (J.H.). — Advantages of transurethral removal of certain bladder tumors. (*J. of Urol.*, 1955, 73, 270-279.)
174. THOMPSON (G.J.). — Treatment with particular reference to choice of operation. (*J. Missouri M.A.*, 1952, 49, 813-818.)
175. TUOVINEN (P.I.). — Tumors of bladder with particular attention to their clinical classification and prognosis. (*Ann. Chir. and Gyn. Fenniae.*, 1948, suppl. 5, vol. 37.)
176. TRUC (E.). — A propos de la cystectomie. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 958-959.)
177. TRUC, CANDON, GUILLAUME et LEENHARDT. — Valeur de la cystographie à double contraste dans l'étude des T.V. (*J. d'Urol.*, 1953, 59, 649-651.)
178. TRUC (E.), LAVAL (P.) et CARABALONA (J.). — Implantation urétéro-intestinale. Technique. Résultats. (*J. d'Urol.*, 1950, 56, 205-210.)
179. TRUC (E.), SCHILLIRO (R.) et MARCHAL (G.). — Greffe néoplasique wolf-fienne uréthrale survenue après C.T. pour polypose vésicale. (*J. d'Urol.*, 1950, 57, 53-58.)
180. TRUCHOT (P.), WOLFROMM (G.), ENNUYER (A.) et ROUSSEAU (J.). — Effets morphologiques de la roentgenothérapie sur un gros papillome bénin. (*J. d'Urol.*, 1948, 54, 489-492.)
181. ULTMANN (H.). — La moutarde à l'azote en urologie. (*J. d'Urol.*, 1954, 60, 90-91.)
182. VERHOOGEN (J.). — Néoplasmes de la vessie. (In *Encyclopédie Française d'Urologie*, 1921, tome IV, pp. 425-539.)
183. VERMOOTEN (V.). — Use of radioactive cobalt in nylon sutures in treatment of carcinoma of bladder: preliminary report. (*J. of Urol.*, 1955, 73, 280-284.)
184. WALLACE (D.M.), STAPLETON (J.E.) et TURNER (R.C.). — Radioactive tantalum wire as method of treatment for early carcinoma. (*Brit. J. Radiol.*, 1952, 25, 421-424.)

185. WALTON (R.J.) et SINCLAIR (W.K.). — Radioactive solutions (24 Na et 82 Br) in treatment of bladder carcinoma. (*Brit. Med. Bull.*, 1952, 8, 158-165.)
  186. WARD (R.O.). — Extravesical radiumtherapy. (*B.J.U.*, 1948, 20, 191-202.)
  187. WETTERWALD (F.). — Les anastomoses urétéro-coliques. (*Sem. des Hôp., Ann. de Chir.*, 1955, 31, 5, 302-305.)
  188. WHITMORE (W.F. Jr) et MARSHALL (V.F.). — Carcinoma of B.S. (*Chir. N. Am.*, 1953, 33, 501.)
  189. WILHELM (S.F.). — Cystectomie totale par une méthode périnéo-abdominale combinée. (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1947, 84, 90-96.)
  190. WINSBURY (H.P.), WHITE (D.St.), HENDERSON (C.L.) et WILKINS (R.D.). — Simple papillomata, review of 175 consecutive personal cases. (*Lancet*, 1950, 2, 797-799.)
  191. WOLFROMM (G.), BELLE (J.), GILSON (M.) et TESTU (J.). — Radiographies de T.V. (*J. d'Urol.*, 1949, 55, 423-426.)
  192. WOLFROMM (G.) et LOISELEUR (J.). — Œstrogènes dans le traitement des cancers de vessie. (*J. d'Urol.*, 1946-1947, 53, 490-494.)
  193. WOLTERHOFF (H.). — Essais thérapeutiques avec la moutarde à l'azote dans les T.V. inopérables suivant leur type histologique. (*Zeitsch. für Urol.*, 1953, 46, 606-623.)
  194. ZEMAN (E.). — La pelviveinographie, nouvel élément de diagnostic des tumeurs vésicales. (*Zeitsch. für Urol.*, 1955, 48, 129-141 ; — *J. d'Urol.*, 1955, 61, 559.)
  195. MICHON (J.). — Les tumeurs des diverticules vésicaux. (*J. d'Urol.*, 1948, 54, 438-450.)
  196. JEWETT (H.J.) et STRONG (G.H.). — Infiltrating carcinoma. Relation of depth of penetration of bladder wall to incidence of local extension and metastases. (*J. of Urol.*, 1946, 55, 366-372.)
-



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| AVANT-PROPOS . . . . .                                    | 13 |
| CHAPITRE I — Terrain et étiologie . . . . .               | 15 |
| — Incidence du sexe . . . . .                             | 15 |
| — Incidence de l'âge . . . . .                            | 15 |
| — Incidence de la profession . . . . .                    | 17 |
| — Incidence des infections . . . . .                      | 19 |
| — Diverticules vésicaux et tumeurs . . . . .              | 21 |
| CHAPITRE II — Les classifications . . . . .               | 23 |
| — Classification d'Albarran . . . . .                     | 23 |
| — Classification de Verhoogen . . . . .                   | 24 |
| — Classification de Cibert et Durand . . . . .            | 26 |
| — Classification américaine . . . . .                     | 26 |
| — Classification de Jewett et Strong . . . . .            | 28 |
| — Classification proposée . . . . .                       | 29 |
| CHAPITRE III — Diagnostic des tumeurs de vessie . . . . . | 35 |
| — Clinique . . . . .                                      | 37 |
| — Endoscopie . . . . .                                    | 38 |
| — Biopsie . . . . .                                       | 40 |
| — Frottis urinaires . . . . .                             | 41 |
| — La radiologie . . . . .                                 | 41 |
| CHAPITRE IV — Traitements et résultats . . . . .          | 45 |
| — Electrocoagulation . . . . .                            | 45 |
| — Résection endoscopique . . . . .                        | 46 |
| — Taille sus-pubienne . . . . .                           | 47 |
| — Cystectomie partielle . . . . .                         | 49 |
| — Cystectomie totale . . . . .                            | 50 |
| — Résultats par groupe de Jewett . . . . .                | 52 |
| CHAPITRE V — Nos observations résumées . . . . .          | 57 |
| CONCLUSIONS . . . . .                                     | 81 |
| TRAVAUX CONSULTÉS . . . . .                               | 83 |

